

**INTERVENSI STIMULASI *MUROTAL* AL-QUR'AN  
PADA PASIEN CEDERA KEPALA BERAT  
DENGAN PENURUNAN KESADARAN  
DI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR**



**Tugas Akhir Ners**

**Oleh:**

BAHUDDIN, S.Kep.  
NIM: 70900119033



**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN  
UIN ALAUDDIN MAKASSAR**

**2021**

**INTERVENSI STIMULASI *MUROTAL* AL-QUR'AN  
PADA PASIEN CEDERA KEPALA BERAT  
DENGAN PENURUNAN KESADARAN  
DI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR**



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R

**Tugas Akhir Ners**

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih  
Gelar Ners Jurusan Ilmu Keperawatan Pada  
Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan  
UIN Alauddin Makassar

**Oleh:**

BAHUDDIN, S.Kep.

NIM: 70900119033

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN  
UIN ALAUDDIN MAKASSAR**

**2021**

## PERNYATAAN KEASLIAN TUGAS AKHIR NERS

Mahasiswa yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Bahuddin, S.Kep.  
NIM : 70900119033  
Tempat/Tgl Lahir : Pulau Langkoitang, 05 Februari 1994  
Jurusan : Profesi Ners  
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
Alamat : Jln. Manuruki II  
Judul : Intervensi Stimulasi *Murrotal* Al-Qur'an pada Pasien Cedera Kepala Berat dengan Penurunan Kesadaran di RSUD Labuang Baji Makassar

Dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran, penyusun yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tugas akhir ini benar adalah hasil karya tulis ilmiah penyusunan sendiri. Jika di kemudian hari tugas akhir ini adalah duplikat, plagiat, tiruan dari hasil kerja orang lain, maka karya tulis dan gelar yang diperoleh tidak sah/batal dimata hukum.

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R  
Makassar, 16 Juli 2021  
Penyusun

**BAHUDDIN, S.Kep**  
**NIM: 70900119033**

## PERSETUJUAN PEMBIMBING

Pembimbing penulisan tugas akhir ners Nama: Bahuddin, S.Kep. NIM: 70900119033, mahasiswa Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, setelah melakukan analisis kasus tugas akhir ners yang berjudul “Intervensi Stimulasi *Murrotal* Al-Qur’an pada Pasien Cedera Kepala Berat dengan Penurunan Kesadaran di RSUD Labuang Baji Makassar”, memandang bahwa tugas akhir ners tersebut telah memenuhi syarat-syarat ilmiah dan dapat disetujui untuk diseminarkan.

Demikian persetujuan ini diberikan untuk diproses lebih lanjut.

Makassar, 16 Juli 2021



Ns. Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep.,M.Kep.  
Pembimbing I







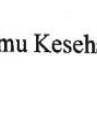

Ns. Andi Pudiyanto, S.Kep.,M.Kep.  
Pembimbing II


## PENGESAHAN TUGAS AKHIR NERS


Tugas Akhir Ners yang berjudul “Intervensi *Murottal* Al-Qur’an pada Pasien Cedera Kepala Berat dengan Masalah Penurunan Kesadaran di Ruang ICU RSUD Labuang Baji Makassar” yang disusun oleh Bahuddin, S.Kep., NIM : 70900119033, mahasiswa program studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam sidang munaqasyah yang diselenggarakan pada hari Jumat, Tanggal 16 Juli 2021 M, bertepatan dengan 6 Dzul Hijjah 1442 H, dinyatakan telah dapat diterima sebagai satu syarat untuk memperoleh gelar Ners dalam program studi profesi Ners, Jurusan Keperawatan (dengan beberapa perbaikan)

Gowa, 16 Juli 2021 M  
6 Dzul Hijjah 1442 H

### DEWAN PENGUJI

Ketua	: Dr.dr.Syatirah, Sp.A.,M.Kes	(  )
Sekretaris	: Dr.Patima, S.Kep.,Ns.,M.Kep	(  )
Munaqisy I	: Dr. Muh. Anwar Hafid, S.Kep.,Ns., M.Kes	(  )
Munaqisy II	: Dr. Saleh Ridwan	(  )
Pembimbing I	: Ns. Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep., M.Kep	(  )
Pembimbing II	: Ns. Andi Budiyanto, S.Kep., M.Kep	(  )

Diketahui oleh:  
Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
UIN Alauddin Makassar, 

  
Dr. dr. Syatirah, Sp. A., M. Kes  
NIM 70900119033

## KATA PENGANTAR



Puji Syukur kehadiran Allah swt. yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir ners ini. Shalawat beserta salam kita limpahkan untuk junjungan kita Nabi Muhammad saw. Tugas akhir ners yang berjudul “Intervensi Stimulasi *Murottal* Al-Qur’an pada pasien cedera kepala berat dengan penurunan kesadaran di Ruang ICU RSUD Labuang Baji Makassar ” ini dibuat untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menempuh pendidikan di Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar. Dalam penyusunan karya akhir ners ini, penulis menyadari bahwa karya ini masih jauh dari sempurna dan pada saat penyusunannya penulis banyak menghadapi hambatan dan kesulitan, namun berkat bantuan berbagai pihak akhirnya karya akhir ners ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat :

1. **Dr. dr. Syatirah, Sp.A.,M.Kes** selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
2. **Dr. Patimah. S.Kep.,Ns., M. Kes** selaku Kepala Program Studi Profesi Ners, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
3. **Hj Sisnawati, S.Kep.,Ns., M.Kep Sp. Kep.J** selaku Sekretaris Program Studi Profesi Ners, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
4. **Ns. Nurul Khusnul Khotimah, S.Kep., M.Kep** dan **Ns. Andi Budiyanto, S.Kep., M.Kep.** selaku Pembimbing I dan II yang telah membimbing dan mengarahkan penulis untuk penyusunan tugas akhir ini.
5. Seluruh Dosen Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
6. Keluarga tercinta terimakasih yang tak terhingga atas doa dan dukungannya selama ini.

7. Rekan-rekan Mahasiswa(i) Program Studi Profesi Ners, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar dan semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah begitu banyak membantu dalam penyusunan proposal tugas akhir ners ini.

Penulis mengharapkan tugas ini dapat bermanfaat untuk kemajuan ilmu pengetahuan khususnya untuk perkembangan ilmu keperawatan sehingga dapat dirasakan manfaatnya oleh kita semua sebagai praktisi kesehatan. Akhir kata penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun dalam penulisan tugas akhir ners ini demi terciptanya karya yang lebih baik di waktu yang akan datang.

Makassar, 16 Juli 2021

Bahuddin, S.Kep.



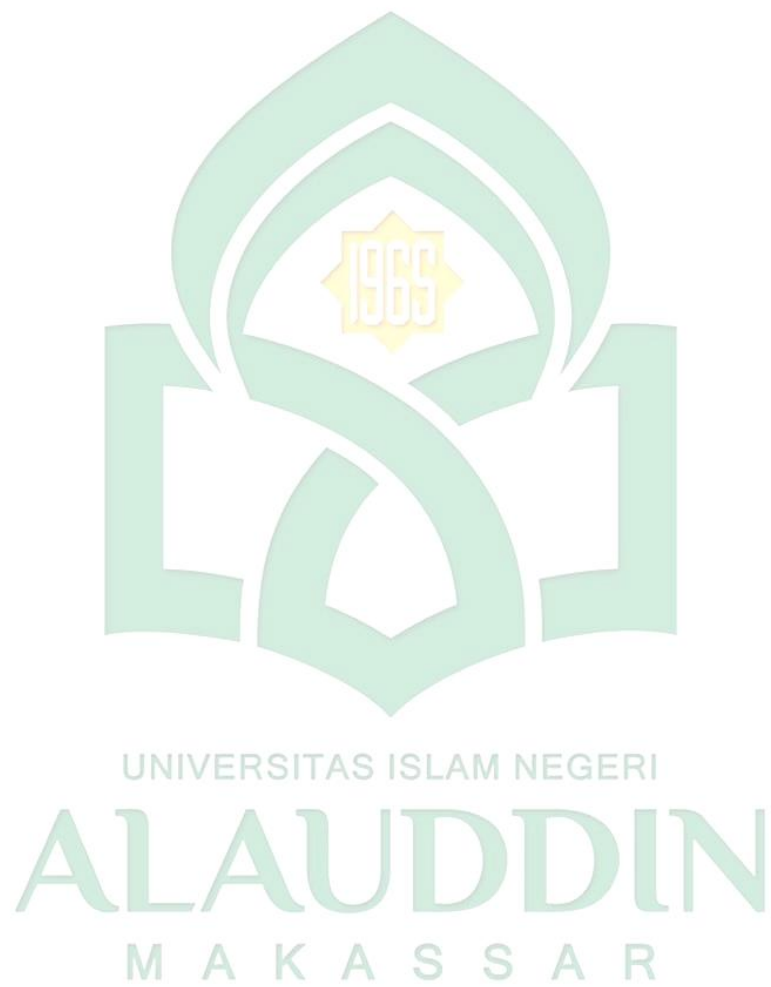
## DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul .....	i
Halaman Sampul .....	ii
Halaman Pernyataan Keaslian .....	iii
Halaman Persetujuan .....	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Kata Pengantar .....	vii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	xi
Halaman Abstrak (Indonesia) .....	xii
Halaman Abstrak (Inggris) .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Umum dan Tujuan Khusus .....	5
D. Manfaat .....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORI</b>	
A. Konsep Teori .....	7
B. Konsep Keperawatan .....	20
C. Stimulasi <i>Murottal</i> AL-Qur'an .....	40
<b>BAB III LAPORAN KASUS</b>	
A. Pengkajian .....	46
B. Analisa Data .....	63
C. Diagnosis Keperawatan .....	65
D. Intervensi Keperawatan .....	66
E. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan .....	69
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
A. Analisis Kasus .....	81
B. Analisis Intrvensi .....	84
C. Intervensi Stimulasi <i>Murottal</i> Al-Qur'an .....	85
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	90
B. Saran .....	90
<b>Daftar Pustaka .....</b>	<b>92</b>
Lampiran 1: <i>Pathway</i> .....	94
Lampiran 2: Jurnal Rujukan Utama .....	95
Daftar Riwayat Hidup .....	96



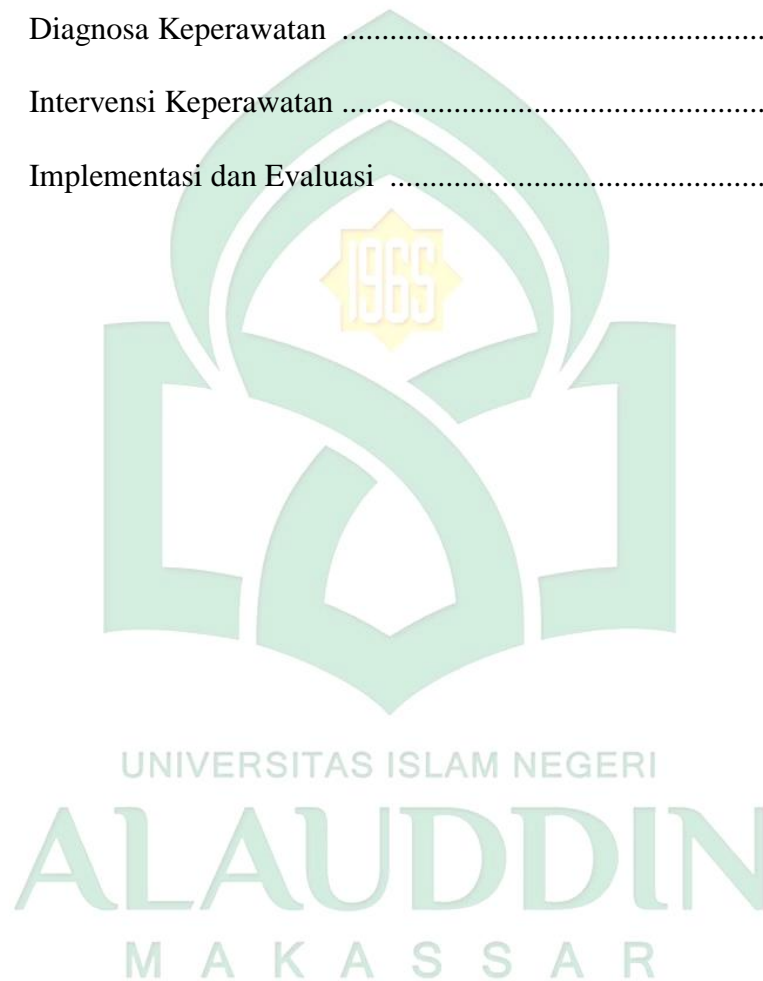
## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1. <i>CT Scan</i> .....	74
----------------------------------	----



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.	Skala GCS .....	14
Tabel 2.2.	Prosedur .....	14
Tabel 3.1.	Pengkajian .....	47
Tabel 3.2.	Analisis Data .....	64
Tabel 3.3.	Diagnosa Keperawatan .....	66
Tabel 3.4.	Intervensi Keperawatan .....	67
Tabel 3.5.	Implementasi dan Evaluasi .....	48



## ABSTRAK

Nama : Bahuddin, S.Kep.

NIM : 70900119033

Judul : Intervensi Stimulasi *Murottal* Al-Qur'an pada Pasien Cedera Kepala Berat dengan Penurunan Kesadaran di RSUD Labuang Baji Makassar

---

**Latar Belakang:** Menurut Riskesdas, prevalensi kejadian cedera kepala di Indonesia berada pada angka 11,9%. Cedera pada bagian kepala menempati posisi ketiga setelah cedera pada anggota gerak bawah dan bagian anggota gerak atas dengan prevalensi masing-masing 67,9% dan 32,7%.

Berbagai upaya asuhan keperawatan yang telah dikembangkan untuk membantu meningkatkan kesadaran pasien, antara lain: oksigenasi, pengaturan posisi, dan stimulasi suara dan sentuhan. **Tujuan** penulisan adalah dilaksanakannya Asuhan Keperawatan dengan intervensi stimulasi *murottal* Al-Qur'an pada pasien yang mengalami cedera kepala berat dengan masalah penurunan kesadaran di ruang *ICU*. **Metode** yang digunakan adalah study kasus dengan teknik pengumpulan data melalui observasi, wawancara, pemeriksaan fisik dan dokumentasi. Penatalaksanaan stimulasi *Murottal* Al-Qur'an 1 kali dalam sehari selama 3 hari pemberian. **Hasil** analisis data menunjukkan beberapa diagnosis yaitu pola napas tidak efektif, penurunan kapasitas adaptif intrakranial, defisit perawatan diri dan resiko infeksi. Pemberian stimulasi *Murottal* Al-Qur'an sebagai salah satu intervensi yang bisa digunakan adalah dalam meningkatkan kesadaran pasien. **Kesimpulan** stimulasi *Murottal* Al-Qur'an kurang efektif dalam meningkatkan kesadaran klien pada pasien dengan cedera kepala berat namun intervensi pemberian stimulasi Al-Qur'an ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran karena cedera kepala dengan kriteria sedang.

**Kata Kunci :** *Murottal* Al-Qur'an, Penurunan Kesadaran, Cedera Kepala

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R

## ABSTRAK

Nama : Bahuddin, S.Kep.

NIM : 70900119033

Judul : Al-Qur'an *Murottal* Stimulation Intervention in Patients with Severe Head Injury with Decreased Consciousness at Labuang Baji Hospital Makassar

---

**Background:** According to Riskesdas, the prevalence of head injury in Indonesia is 11.9%. Injuries to the head occupy the third position after injuries to the lower limbs and upper limbs with a prevalence of 67.9% and 32.7%, respectively.

Various nursing care efforts have been developed to help increase patient awareness, including: oxygenation, positioning, and stimulation of sound and touch. **The purpose** of writing is the implementation of Nursing Care with the intervention of *Murottal* Al-Qur'an stimulation in patients with severe head injuries with decreased consciousness problems in the ICU. **The method** used is a case study with data collection techniques through observation, interviews, physical examination and documentation. Management of *Murottal* Al-Qur'an stimulation 1 time a day for 3 days of administration. **The results of** data analysis showed several diagnoses, namely ineffective breathing pattern, decreased intracranial adaptive capacity, self-care deficit and risk of infection. Giving *Murottal* Al-Qur'an stimulation as an intervention that can be used is to increase patient awareness. **Conclusions** *Murottal* Al-Qur'an stimulation is less effective in increasing client awareness in patients with severe head injuries but the intervention of giving Al-Qur'an stimulation can be used as consideration for providing nursing care to clients who experience decreased consciousness due to head injuries with criteria medium.

**Keywords:** *Murottal* Al-Qur'an, Decreased Consciousness, Head Injury

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
ALAUDDIN  
MAKASSAR

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Cedera kepala ekstrim adalah cedera kepala dengan kecepatan GCS 3-8, yang mengalami kehilangan kesadaran (amnesia) selama lebih dari 30 menit namun di bawah 24 jam, dapat mengalami patah tulang tengkorak, dan diikuti oleh cedera otak, luka, dan hematoma intrakranial. Penyebab cedera kepala adalah cedera kepala, cedera yang dapat menyebabkan cedera kepala termasuk jatuh yang tidak disengaja, kecelakaan mesin kendaraan, benturan benda tajam dan tumpul, benturan benda bergerak, dan benturan kepala pada benda tidak bergerak. (Manurung, 2018).

Menurut Surveillance Report of Traumatic Brain Injury 2014, di Amerika Serikat ada sekitar 2,87 juta pasien cedera kepala. Di antara mereka, sekitar 2,53 juta orang pergi ke Ruang Gawat Darurat, di mana lebih dari 812.000 pasien adalah anak-anak. Ada sekitar 288.000 pasien cedera kepala yang dirawat di rumah sakit dan sekitar 23.000 di antaranya adalah anak-anak. Pasien cedera kepala yang menendang ember berjumlah sekitar 56.800 orang di mana 2.529 di antaranya adalah anak-anak (Peterson et al., 2019).

Berdasarkan Riskesdas 2018, angka kejadian cedera kepala di Indonesia sebesar 11,9%. Luka di kepala melibatkan situasi ketiga setelah luka pada pelengkap bawah dan pelengkap atas dengan kesamaan 67,9% dan 32,7%, secara individual. dimana daerah dengan cedera kepala terbanyak adalah Gorontalo dengan dominasi 17,9%, sedangkan Sulawesi Selatan menempati

urutan keenam setelah NTT dengan pervasive 15% (Kemenkes RI, 2019). Sesuai Riskesdas 2018, cedera normal disebabkan oleh kecelakaan mobil dengan dominasi 36,08%. Masalah kecelakaan bukanlah masalah sepele yang dapat diingat untuk bidang kesehatan karena mempengaruhi kesehatan secara umum, seperti kejadian patah tulang, luka dan bahkan kematian.

Karena cedera ada perluasan kerusakan sinaps, menyebabkan masalah autoregulasi. Berkurangnya aliran darah ke otak besar menyebabkan suplai oksigen berkurang ke pikiran dan melemahkan pencernaan dan perfusi otak sehingga pasien pingsan.

Kesadaran yang berkurang membutuhkan pertimbangan dan pengobatan yang cepat untuk mengurangi siksaan dan mencegah kematian. Dengan cara ini, tugas perawat medis sangat penting dalam melakukan asuhan keperawatan untuk memperluas status kesadaran dan membatasi ketidakmampuan. Upaya asuhan keperawatan yang berbeda telah diciptakan untuk membantu memperluas kesadaran pasien, termasuk: oksigenasi, situasi, dan hasutan suara dan kontak (Yusuf, 2019:46) Menurut eksplorasi yang disutradarai oleh Zuhriana K. Yusuf, dan Asriyanto Rahman, Glasgow Coma Values Skala (GCS) setelah diberikan perlakuan hasutan Al-Qur'an terjadi penyesuaian Skala Koma Glasgow dimana pada post test terjadi penyesuaian derajat kesadaran, dengan konsekuensi responden dengan GCS 10- 11 ke atas dari 2 responden (20,0%), GCS 7-9 ke atas dari 3 responden (30,0%), dan GCS 5-6 ke atas dari 4 responden (40,0%), dari hasil tersebut ada dampak

dari Al-Qur'an hasutan pada Skala Koma Glasgow pasien dengan kesadaran berkurang.

Mengingat konsekuensi dari persepsi lapangan di Intensive Care Unit (ICU) RS Labuang Baji Makassar selama pelatihan, kami melihat bahwa sebagian besar pasien yang dirawat di ICU mengalami penurunan kesadaran, terutama pasien dengan luka di kepala. Pemanfaatan hasutan Al-Qur'an telah diselesaikan oleh beberapa petugas di ruangan tersebut, untuk situasi ini petugas medis hanya mengimbau keluarga untuk memperhatikan pembacaan bait-bait Al-Qur'an surgawi kepada pasien saat dalam kondisi dasar. kondisi. Namun dalam memberikan kegiatan ini petugas medis tidak fokus pada kekuatan dan tidak mengevaluasi dampaknya terhadap situasi dengan sadar.

Berdasarkan gambaran di atas, penulis tertarik untuk mengambil contoh cedera kepala serius sebagai makalah logis dengan judul "Mediasi Murottal Al-Qur'an pada Pasien Cedera Kepala Berat dengan Penurunan Kesadaran GCS 7 di ICU ruang RSUD Labuang Baji Makassar. Pemikiran utama pencipta mengambil kasus ini untuk penelitian mengingat banyak kasus cedera kepala ekstrim yang terjadi dan efek yang sangat negatif pada pasien dan keluarga seperti tidak adanya mediasi hasutan yang baik untuk pasien yang mengalami penurunan kesadaran.

#### **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala berat yang mengalami penurunan kesadaran di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Labuang Baji Makassar.



### C. Tujuan Umum dan Tujuan Khusus

#### 1. Tujuan Umum

Dilaksanakan asuhan keperawatan dengan pemberian intervensi *Murottall* Al-Qur'an pada pasien cedera kepala berat yang mengalami penurunan kesadaran di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Labuang Baji Makassar.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Dilakukan pengkajian keperawatan pada pasien cedera kepala berat yang mengalami penurunan kesadaran di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* di Ruang Anak RSUD Labuang Baji Makassar.
- b. Ditentukan diagnosa keperawatan pada pasien cedera kepala berat yang mengalami penurunan kesadaran di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Labuang Baji Makassar.
- c. Disusun perencanaan keperawatan pada pasien cedera kepala berat yang mengalami penurunan kesadaran di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Labuang Baji Makassar.
- d. dilaksanakan Intervensi keperawatan pada pasien cedera kepala berat yang mengalami penurunan kesadaran di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* RSUD Labuang Baji Makassar.
- e. Dilaksanakan Implementasi keperawatan pada pasien cedera kepala berat yang mengalami penurunan kesadaran di ruang *Intensive Care Unit (ICU)*



- f. Dilakukan evaluasi keperawatan pada pasien cedera kepala berat yang mengalami penurunan kesadaran di Ruang *Intensive Care Unit (ICU)* di RSUD Labuang Baji Makassar.
- g. Diketuinya analisis asuhan keperawatan dengan intervensi *Murottall Al-Qur'an*

#### **D. Manfaat**

##### **1. Manfaat Teoritis**

Untuk perkembangan pengetahuan dan wawasan dalam mencari pemecahan masalah yang berhubungan cedera kepala berat.

##### **2. Manfaat Aplikatif**

###### **a. Bagi Keluarga**

Menambah keilmuan untuk perkembangan pengetahuan dan wawasan dalam pemecahan masalah pada anggota keluarga yang mengalami penurunan kesadaran.

###### **b. Bagi Petugas Kesehatan**

Menambah informasi yang berguna bagi petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala berat

###### **c. Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat memberikan kontribusi pada program tridarma institusi khususnya mengenai Cedera Kepala dengan masalah penurunan kesadaran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Cedera Kepala**

##### **1. Defenisi**

Cedera kepala merupakan interaksi dimana cedera langsung atau deselerasi pada kepala menyebabkan kerusakan pada tengkorak dan pikiran. Cedera pikiran esensial adalah kerusakan yang terjadi pada otak besar setelah cedera. Cedera kepala ekstrem adalah cedera kepala yang mengakibatkan penurunan kesadaran dengan skor GCS 3 sampai 8, mengalami amnesia > 24 jam (Haddad, 2016).

Cedera kepala berat adalah suatu kondisi dimana pasien tidak dapat melakukan perintah langsung karena kesadaran yang berkurang ( $GCS < 8$ ) (ATLS, 2017). Cedera kepala adalah masalah kerja pikiran yang mengerikan dengan atau tanpa pengeringan interstisial di substansi otak tanpa diikuti oleh pemutusan koherensi otak.

Dari setiap definisi di atas, dapat diduga bahwa cedera kepala ekstrem adalah siklus cedera langsung atau perlambatan pada kepala yang menyebabkan pengaruh kerja pikiran yang sangat mengganggu dengan atau tanpa pengeringan interstisial di mana kesadaran berkurang dengan Skor GCS 3 sampai 8 dan mengalami amnesia > 24 jam.

##### **2. Etiologi**

Frekuensi luka di kepala berubah dari usia, orientasi seksual, kebangsaan, dan variabel yang berbeda. Kejadian dan kesamaan dalam

pemeriksaan epidemiologi berfluktuasi tergantung pada variabel, misalnya, skor keseriusan, terlepas dari apakah disertai kematian, apakah penyelidikan terbatas pada orang yang dirawat di rumah sakit dan tempat pemeriksaan (Ninds. 2021)

Penyebab luka serius di kepala adalah:

a. Trauma tajam

Cedera oleh benda tajam dapat menyebabkan cedera terbatas dan menyebabkan cedera terbatas. Kerusakan lingkungan termasuk cedera otak, hematoma otak, kerusakan otak opsional yang disebabkan oleh perluasan massa yang sakit, pergeseran otak atau hernia.

b. Trauma tumpul

Cedera oleh artikel yang tidak dipoles dan menyebabkan cedera yang disimpulkan (dispersi). Kerusakannya luas dan terjadi pada 4 struktur yaitu cedera aksonal, kerusakan otak hipoksia, perluasan serebral difus, banyak perdarahan kecil di otak. kelesuan ekstrem terjadi karena cedera difus pada sisi serebral ekuator, batang otak atau keduanya. Hasil cedera bergantung pada:

- 1) Kekuatan benturan (parahnya kerusakan).
- 2) Akselerasi dan Deselerasi
- 3) Cup dan kontra cup

Cedera cup adalah kerusakan pada daerah dekat yang terbentur.

Sedangkan cedera kontra cup adalah kerusakan cedera berlawanan pada sisi desakan benturan.

4) Lokasi benturan

5) Rotasi

Pengubahan posisi pada kepala menyebabkan trauma regangan dan robekan substansia alba dan batang otak.

6) Depresi fraktur

Kekuatan yang mendorong potongan tulang ke bawah meremas pikiran jauh lebih dalam. Jadi, (CSF) mengalir keluar ke hidung, telinga → masuknya kuman → polusi dengan CSS → kontaminasi → kejang.

3. Patofisiologi

Pikiran dapat bekerja dengan baik bila kebutuhan oksigen dan glukosa dapat terpenuhi. Energi yang disampaikan dalam sel saraf pada dasarnya melalui siklus oksidasi. Cerebrum tidak memiliki simpanan oksigen, sehingga tidak adanya aliran darah ke pikiran dalam hal apapun, untuk beberapa waktu akan menyebabkan kapasitas melemah. Demikian pula, kebutuhan oksigen sebagai bahan bakar untuk pencernaan otak tidak boleh di bawah 20 mg% karena akan menyebabkan keadaan seperti trance. Kebutuhan glukosa sebanyak 25% dari kebutuhan glukosa seluruh tubuh, dengan tujuan ketika kadar glukosa plasma turun hingga 70% maka akan

timbul efek samping awal dari kerusakan otak, misalnya kesulitan berbicara, rasa sakit di kepala dan bola mata, berkeringat, muntah-muntah, dan pekerjaan terhambat. mesin. Dari sini dapat muncul masalah perawatan masalah perfusi jaringan serebral.

Pada saat otak besar hipoksia, tubuh berusaha memenuhi kebutuhan oksigennya melalui siklus metabolisme anaerobik yang dapat menyebabkan ekspansi vena. Pada cedera parah, hipoksia atau kerusakan otak, akan terjadi pengumpulan asam laktat karena pencernaan anaerobik. Hal ini akan menyebabkan asidosis metabolik.

Dalam kondisi khas, aliran darah otak (CBF) adalah 50-60 ml/menit/100 g jaringan otak, yang merupakan 15% dari hasil kardiovaskular. Cedera kepala menyebabkan perubahan kerja jantung, stroke, abnormalitas gerakan miokard, perubahan faktor penekan vaskuler dan edema aspirasi. Perubahan otonom dalam kapasitas ventrikel adalah perubahan gelombang T dan P dan disritmia, fibrilasi atrium dan ventrikel, takikardia.

Karena aliran serebral akan mempengaruhi faktor penekan vaskular, dimana penurunan faktor penekan vaskular membuat vena arteriol berkontraksi. Pengaruh persarafan otak dan parasimpatis pada vena dan arteriol otak tidak terlalu luar biasa. Pikiran dapat bekerja dengan baik bila kebutuhan oksigen dan glukosa dapat terpenuhi. Energi yang disampaikan dalam sel saraf pada dasarnya melalui siklus oksidasi. Cerebrum tidak

memiliki simpanan oksigen, sehingga tidak adanya aliran darah ke pikiran dalam hal apapun, untuk beberapa waktu akan menyebabkan kapasitas melemah. Demikian pula, kebutuhan oksigen sebagai bahan bakar untuk pencernaan otak tidak boleh di bawah 20 mg% karena akan menyebabkan keadaan seperti trance. Kebutuhan glukosa sebanyak 25% dari kebutuhan glukosa seluruh tubuh, dengan tujuan ketika kadar glukosa plasma turun hingga 70% maka akan timbul efek samping awal dari kerusakan otak, misalnya kesulitan berbicara, rasa sakit di kepala dan bola mata, berkeringat, muntah-muntah, dan pekerjaan terhambat. mesin. Dari sini dapat muncul masalah keperawatan masalah perfusi jaringan serebral.

Ketika otak mengalami hipoksia, tubuh berusaha memenuhi kebutuhan oksigennya melalui siklus metabolisme anaerobik yang dapat menyebabkan ekspansi vena. Pada cedera parah, hipoksia atau kerusakan otak, akan terjadi pengumpulan asam laktat karena pencernaan anaerobik. Hal ini akan menyebabkan asidosis metabolik.

Dalam kondisi khas, aliran darah otak (CBF) adalah 50-60 ml/menit/100 g jaringan otak, yang merupakan 15% dari hasil kardiovaskular. Cedera kepala menyebabkan perubahan kerja jantung, stroke, abnormalitas gerakan miokard, perubahan faktor penekan vaskuler dan edema aspirasi. Perubahan otonom dalam kapasitas ventrikel adalah perubahan gelombang T dan P dan disritmia, fibrilasi atrium dan ventrikel, takikardia.

Karena aliran serebral akan mempengaruhi faktor penekan vaskular, dimana penurunan faktor penekan vaskular membuat vena arteriol berkontraksi. Dampak dari saraf otak dan saraf parasimpatis pada pembuluh darah dan arteriol otak tidak terlalu luar biasa.

#### 4. Manifestasi Klinis

Cedera kepala diklasifikasikan dalam berbagai aspek. Secara praktis dikenal 3 deskripsi klasifikasi yaitu berdasarkan mekanisme, berat - ringan, dan morfologi

##### a. Mekanisme cedera kepala

Cedera kepala secara luas dapat dibagi atas cedera kepala tertutup dan cedera kepala terbuka. Cedera kepala tertutup biasanya berkaitan dengan kecelakaan mobil atau motor, jatuh atau terkena pukulan benda tumpul. Sedangkan cedera tembus disebabkan oleh luka tembak atau tusukan.

##### b. Beratnya cedera kepala

*Glasgow Coma Scale* (GCS) merupakan suatu komponen untuk mengukur secara klinis beratnya cedera otak. *Glasgow Coma Scale* meliputi 3 kategori yaitu respon membuka mata, respon verbal, dan respon motorik. Skor ditentukan oleh jumlah skor dimasing -masing



3 kategori, dengan skor maksimum 15 dan skor minimum 3 ialah sebagai berikut:

1) Nilai GCS kurang dari 8 didefinisikan sebagai cedera kepala berat.

Kehilangan kesadaran atau terjadi amnesia > 24 jam, juga meliputi kontusio serebral, laserasi, atau hematoma intrakranial.

2) Nilai GCS 9 – 12 didefinisikan sebagai cedera kepala sedang. Kehilangan kesadaran atau amnesia > 30 menit tetapi kurang dari 24 jam dan dapat mengalami fraktur tengkorak.

3) Nilai GCS 13 – 15 didefinisikan sebagai cedera kepala ringan (D. Jong, 2018). Kehilangan kesadaran atau amnesia < 30 menit, tidak ada fraktur tengkorak dan tidak ada kontusio serebral atau hematoma.

#### c. Morfologi

Secara morfologis cedera kepala dapat meliputi fraktur kranium, kontusio, perdarahan, dan cedera difus

##### 1) Fraktur kranium

Fraktur tulang tengkorak (*cranium*) dapat terjadi pada atap atau dasar tengkorak (*basiscranii*), dan dapat berbentuk garis atau linear dan dapat pula terbuka atau tertutup. Fraktur kranium terbuka dapat mengakibatkan adanya hubungan antara laserasi



kulit kepala dengan permukaan otak karena robeknya selaput dura (ATLS,2017).

**Tabel 2.1 Skala GCS**  
( D. Jong, 2010).

Respon buka mata (E) :	4 Spontan 3 Terhadap suara 2 Terhadap nyeri 1 Tidak ada
Respon motorik (M)	6 Turut perintah 5 Melokalisir nyeri 4 Fleksi normal (menarik anggota yang dirangsang) 3 Fleksi abnormal (dekortikasi) 2 Ekstensi abnormal (deserebrasi) 1 Tidak ada (flaksid)
Respon verbal (V)	5 Berorientasi baik 4 Disorientasi tempat dan waktu 3 Kata-kata tidak teratur 2 Suara tidak jelas 1 Tidak ada
Nilai GCS = (E + M +V) : Nilai tertinggi = 15, dan terendah = 3	

## 2) Lesi Intrakranial

Lesi intrakranial dapat diklasifikasikan sebagai lesi fokal atau lesi difus, walaupun kedua jenis lesi ini sering terjadi bersamaan. Lesi fokal adalah perdarahan epidural, perdarahan subdural, kontusio (hematom intraserebral), dan perdarahan intra serebral.

## 3) Cedera otak difusi

Cedera otak difusi mulai dari konkusi ringan dimana gambaran CT scan normal, sampai cedera iskemi-hipoksik yang berat. Cedera otak difus berat biasanya diakibatkan oleh hipoksia, iskemi otak karena syok yang berkepanjangan atau periode apneu yang terjadi segera setelah trauma. Pada kasus tersebut, awalnya CT scan sering menunjukkan gambaran normal, atau gambaran otak bengkak secara merata dengan batas area substansia putih dan abu-abu hilang. Kelainan difus lainnya, sering terlihat pada cedera dengan kecepatan tinggi atau cedera deselerasi, yang dapat menunjukkan gambaran titik perdarahan multipel diseluruh hemisfer otak tepat dibatas area putih dan abu-abu.

## 4) Perdarahan epidural

Perdarahan epidural relatif jarang, lebih kurang 0,5% dari semua cedera otak dan 9% dari pasien yang mengalami koma. Hematom epidural itu secara tipikal berbentuk bikonveks atau cembung sebagai akibat dari pendorongan perdarahan terhadap duramater yang sangat melekat di tabula interna tulang kepala. Perdarahan ini sering terjadi pada area temporal atau temporoparietal dan biasanya disebabkan oleh robeknya arteri meningeal media akibat fraktur tulang tengkorak.

#### 5) Perdarahan subdural

Perdarahan subdural lebih sering terjadi daripada perdarahan epidural, kira-kira 30% dari cedera otak berat. Perdarahan ini sering terjadi akibat robekan pembuluh darah atau vena-vena kecil di permukaan korteks serebri. Berbeda dengan perdarahan epidural yang berbentuk lensa cembung pada CT scan, perdarahan subdural biasanya mengikuti dan menutupi permukaan hemisfer otak. Perdarahan ini dapat menutupi seluruh permukaan otak. Kerusakan otak yang berada di bawah perdarahan subdural biasanya lebih berat dan prognosnya lebih buruk daripada perdarahan epidural.

#### 6) Kontusio dan perdarahan intraserebral

Kontusio serebri sering terjadi (20% sampai 30% dari cedera otak berat). Sebagian besar terjadi di lobus frontal dan lobus

temporal, meskipun dapat juga terjadi pada setiap bagian dari otak. Kontusio serebri dapat terjadi dalam waktu beberapa jam atau hari, berkumpul menjadi perdarahan intraserebral atau kontusio yang luas (ATLS, 2017).

## 5. Pemeriksaan Penunjang

### a. Foto polos kepala

Tidak semua penderita dengan cedera kepala diindikasikan untuk pemeriksaan foto polos kepala karena masalah biaya dan kegunaan yang sekarang mungkin sudah ditinggalkan. Jadi, indikasi meliputi jejas lebih dari 5 cm, luka tembus (peluru/tajam), deformasi kepala (dari inspeksi dan palpasi), nyeri kepala yang menetap, gejala fokal neurologis, dan gangguan kesadaran.

### b. CT – Scan

Indikasi CT Scan adalah :

- 1) Nyeri kepala menetap atau muntah-muntah yang tidak menghilang setelah pemberian obat-obatan analgesia atau antimuntah.
- 2) Adanya kejang – kejang, jenis kejang fokal lebih bermakna terdapat pada lesi intrakranial dibandingkan dengan kejang general.
- 3) Penurunan GCS lebih dari 1 dimana faktor – faktor ekstrakranial telah disingkirkan (karena penurunan GCS dapat terjadi misalnya

karena syok, febris, dll).

4) Adanya fraktur impresi dengan lateralisasi yang tidak sesuai.

5) Luka tembus akibat benda tajam dan peluru.

6) Perawatan selama 3 hari tidak ada perubahan yang membaik dari GCS (Sthavira, 2019).

c. MRI

*Magnetic resonance imaging* (MRI) biasa digunakan untuk pasien yang memiliki abnormalitas status mental yang digambarkan oleh CT Scan. MRI telah terbukti lebih sensitif daripada CT-Scan, terutama dalam mengidentifikasi lesi difus non hemoragik cedera aksonal.

d. EEG

Peran yang paling berguna EEG pada cedera kepala mungkin untuk membantu dalam diagnosis status epileptikus non konfulsif. Dapat melihat perkembangan gelombang yang patologis. Dalam sebuah studi *landmark* pemantauan EEG terus menerus pada pasien rawat inap dengan cedera otak traumatik. Kejang konfulsif dan non konfulsif tetap terlihat dalam 22%. Pada tahun 2019 sebuah studi melaporkan bahwa perlambatan yang parah pada pemantauan EEG terus menerus berhubungan dengan gelombang delta atau pola penekanan melonjak dikaitkan dengan hasil yang buruk pada bulan ketiga dan keenam pada pasien dengan cedera otak traumatik.

e. X – Ray

Mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan atau edema), fragmen tulang (Rasad, 2011).

6. Penatalaksanaan

a. Resusitasi jantung paru ( *circulation, airway, breathing = CAB*)

Pasien dengan trauma kepala berat sering terjadi hipoksia, hipotensi dan hiperkapnia akibat gangguan kardiopulmoner. Oleh karena itu urutan tindakan yang benar adalah:

1) Sirkulasi (*Circulation*), Hipotensi menyebabkan iskemik yang dapat mengakibatkan kerusakan sekunder. Hipotensi disebabkan oleh hipovolemia akibat perdarahan luar, ruptur organ dalam, trauma dada disertai temponade jantung atau pneumotoraks dan syok septic. Tindakan adalah menghentikan perdarahan, perbaikan fungsi jantung dan mengganti darah yang hilang dengan plasma atau darah.

2) Jalan nafas (*Airway*), Bebaskan jalan nafas dari lidah yang turun ke belakang dengan posisi kepala ekstensi dengan memasang orofaryngeal airway (OPA) atau pipa endotrakheal, bersihkan sisa muntahan, darah, lendir atau gigi palsu. Isi lambung dikosongkan melalui pipa nasogastrik untuk menghindari aspirasi muntahan.

3) Pernafasan (*Breathing*), Gangguan pernafasan dapat disebabkan oleh kelainan sentral dan perifer. Kelainan sentral adalah depresi pernafasan pada lesi medulla oblongata, pernafasan cheyne stokes,

ataksik dan central neurogenic hyperventilation. Penyebab perifer adalah aspirasi, trauma dada, edema paru, emboli paru, infeksi. Gangguan pernafasan dapat menyebabkan hipoksia dan hiperkapnia. Tindakan dengan pemberian O<sub>2</sub> kemudian cari dan atasi factor penyebab dan kalau perlu memakai ventilator.

b. Penanganan kasus-kasus cedera kepala di unit gawat darurat didasarkan atas patokan pemantauan dan penanganan terhadap “6 B” yakni:

1) *Breathing*, Perlu diperhatikan mengenai frekuensi dan jenis pernafasan penderita. Adanya obstruksi jalan nafas perlu segera dibebaskan dengan tindakan-tindakan : suction, inkubasi, trakheostomi. Oksigenasi yang cukup atau hiperventilasi bila perlu, merupakan tindakan yang berperan penting sehubungan dengan edema *cerebri*.

2) *Blood*, Mencakup pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan laboratorium darah (Hb, leukosit). Peningkatan tekanan darah dan denyut nadi yang menurun mencirikan adanya suatu peninggian tekanan intracranial, sebaliknya tekanan darah yang menurun dan makin cepatnya denyut nadi menandakan adanya syok hipovolemik akibat perdarahan dan memerlukan tindakan transfusi.

3) *Brain*, Penilaian keadaan otak ditekankan terhadap respon-respon mata, motorik dan verbal (GCS). Perubahan respon ini merupakan implikasi perbaikan/perburukan kiranya perlu pemeriksaan lebih



mendalam mengenai keadaan pupil (ukuran, bentuk dan reaksi terhadap cahaya) serta gerakan-gerakan bola mata.

- 4) *Bladder*, Kandung kemih perlu selalu dikosongkan (pemasangan kateter) mengingat bahwa kandung kemih yang penuh merupakan suatu rangsangan untuk mengedan sehingga tekanan intracranial cenderung lebih meningkat.
- 5) *Bowel*, Produksi urine perlu dipantau selama pasien dirawat. Bila produksi urine tertampung di vesika urinaria maka dapat meningkatkan tekanan intra cranial (TIK).
- 6) *Bone*, Mencegah terjadinya dekubitus, kontraktur sendi dan sekunder infeksi. (Muttaqin, 2017)

## 7. Komplikasi

Komplikasi trauma kepala berat dapat meliputi :

- a. Perdarahan intra cranial
- b. Kejang
- c. Parese saraf cranial
- d. Meningitis atau abses otak
- e. Infeksi
- f. Edema cerebri
- g. Kebocoran cairan serospinal

## B. Konsep Dasar Keperawatan Cedera Kepala Berat

### 1. Pengkajian



Penting bagi perawat untuk mengetahui bahwa setiap adanya riwayat trauma pada servikal merupakan hal yang penting diwaspadai.

a. Identitas pasien

b. Riwayat Penyakit

1) Keluhan Utama

Cedera kepala berat mempunyai keluhan atau gejala utama yang berbeda-beda tergantung letak lesi dan luas lesi. Keluhan utama yang timbul seperti nyeri, rasa bebal, kekakuan pada leher atau punggung dan kelemahan pada ekstremitas atas maupun bawah.

2) Riwayat Penyakit Saat Ini

Pengkajian ini sangat penting dalam menentukan derajat kerusakan dan adanya kehilangan fungsi neurologik. Medulla spinalis dapat mengalami cedera melalui beberapa mekanisme, cedera primer meliputi satu atau lebih proses berikut dan gaya : kompresi akut, benturan, destruksi, laserasi dan trauma tembak.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Klien dengan cedera medulla spinalis bias disebabkan oleh beberapa penyakit seperti Reumatoid Arthritis, pseudohipoparatiroid, Spondilitis, Ankilosis, Osteoporosis maupun tumor ganas.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Perlu ditanyakan riwayat penyakit keluarga yang dapat memperberat cedera medulla spinalis.

c. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik mengacu pada pengkajian B1-B6 dengan pengkajian fokus ditujukan pada gejala-gejala yang muncul akibat cedera kepala berat. Keadaan umum (Arif muttaqin 2017) pada keadaan cedera kepala berat umumnya mengalami penurunan kesadaran. Adanya perubahan pada tanda-tanda vital, meliputi bradikardi dan hipotensi.

1) B1 (*BREATHING*)

Perubahan pada sistem pernapasan bergantung pada gradasi blok saraf parasimpatis klien mengalami kelumpuhan otot otot pernapasan dan perubahan karena adanya kerusakan jalur simpatetik descending akibat trauma pada tulangbelakang sehingga mengalami terputus jaringan saraf di medula spinalis, pemeriksaan fisik dari sistem ini akan didapatkan hasil sebagai berikut inspeksi umum didapatkan klien batuk peningkatan produksi sputum, sesak napas.

2) B2 (*BLOOD*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan syok hipovolemik yang sering terjadi pada klien cedera kepala berat. Dari hasil pemeriksaan didapatkan tekanan darah menurun nadi

bradikardi dan jantung berdebar-debar. Pada keadaan lainnya dapat meningkatkan hormon antidiuretik yang berdampak pada kompensasi tubuh.

### 3) B3 (*BRAIN*)

Pengkajian ini meliputi tingkat kesadaran, pengkajian fungsi serebral dan pengkajian saraf kranial. Pengkajian tingkat kesadaran : tingkat keterjagaan klien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persyarafan. Pengkajian fungsi serebral : status mental observasi penampilan, tingkah laku nilai gaya bicara dan aktivitas motorik klien. Pengkajian sistem motorik inspeksi umum didapatkan kelumpuhan pada ekstermitas bawah, baik bersifat paralis, dan paraplegia. Pengkajian sistem sensoris gangguan sensibilitas pada klien cedera kepala berat sesuai dengan segmen yang mengalami gangguan.

### 4) B4 (*BLADDER*)

Kaji keadaan urine meliputi warna ,jumlah,dan karakteristik urine, termasuk berat jenis urine. Penurunan jumlah urine dan peningkatan retensi cairan dapat terjadi akibat menurunnya perfusi pada ginjal.

#### 5) B5 (*BOWEL*)

Pada keadaan syok spinal, neuropraksia sering didapatkan adanya ileus paralitik, dimana klinis didapatkan hilangnya bising usus, kembung, dan defekasi, tidak ada. Hal ini merupakan gejala awal dari tahap syok spinal yang akan berlangsung beberapa hari sampai beberapa minggu.

#### 6) B6 (*BONE*)

Paralisis motorik dan paralisis organ internal bergantung pada ketinggian lesi saraf yang terkena trauma. Gejala gangguan motorik sesuai dengan distribusi segmental dari saraf yang terkena. disfungsi motorik paling umum adalah kelemahan dan kelumpuhan pada saluran ekstermitas bawah. Kaji warna kulit, suhu, kelembapan, dan turgor kulit.

#### d. Pemeriksaan penunjang

##### 1) Pemeriksaan diagnostik

- a) X-ray / CT Scan : hematoma serebral, edema serebral, perdarahan intracranial, fraktur tulang tengkorak
- b) MRI : dengan/tanpa menggunakan kontras
- c) Angiografi Serebral : menunjukkan kelainan sirkulasi serebral
- d) EEG : memperlihatkan keberadaan atau berkembangnya

gelombang patologis

e) BAER (*Brain Auditory Evoked Respons*) : menentukan fungsi korteks dan batang otak

f) PET (*Positron Emission Tomography*) :  
menunjukkan perubahan aktivitas metabolisme pada otak

## 2) Pemeriksaan laboratorium

a) AGD :  $PO_2$ , pH,  $HCO_3$  : untuk mengkaji keadekuatan ventilasi (mempertahankan AGD dalam rentang normal untuk menjamin aliran darah serebral adekuat) atau untuk melihat masalah oksigenasi yang dapat meningkatkan TIK

b) Elektrolit serum : cedera kepala dapat dihubungkan dengan gangguan regulasi natrium, retensi Na berakhir dapat beberapa hari, diikuti diuresis Na, peningkatan letargi, konfusi dan kejang akibat ketidakseimbangan elektrolit.

c) Hematologi : leukosit, Hb, albumin, globulin, protein serum

d) CSS: menentukan kemungkinan adanya perdarahan subarachnoid (warna, komposisi, tekanan)

e) Pemeriksaan toksikologi : mendeteksi obat yang mengakibatkan penurunan kesadaran.

f) Kadar antikonvulsan darah : untuk mengetahui tingkat terapi yang cukup efektif mengatasi kejang.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Berikut adalah diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan post op craniotomy trauma capitis berat (SDKI PPNI, 2017) :

### **1. Pola Napas Tidak Efektif**

#### **a. Definisi**

Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi yang adekuat

#### **b. Penyebab**

- 1) Depresi pusat pernapasan
- 2) Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot)
- 3) Deformitas dinding dada
- 4) Deformitas tulang dada
- 5) Gangguan neuromuskular
- 6) Gangguan neurologis (mis. Elektroensefalogram positif, cedera kepala, gangguan kejang)
- 7) Imaturitas neurologis
- 8) Penurunan energi
- 9) Obesitas
- 10) Posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
- 11) Sindrom hipoventilasi
- 12) Kerusakan innervasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas)
- 13) Cedera pada medula spinalis
- 14) Efek agen farmakologis

15) Kecemasan

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif: dispnea

Objektif: penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cyne stokes)

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif: osrtopnea

Objektif: pernapasan pesed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks antero-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah

e. Kondisi klinis terkait

- 1) Depresi SSP
- 2) Cedera kepala
- 3) Trauma toraks
- 4) Gullian barre syndrome
- 5) Multiple sclerosis
- 6) Myastenia gravis
- 7) Stroke
- 8) Kuadriplegia
- 9) Intoksikasi alkohol

**2. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif**



a. Definisi

Ketidakmampuan membersihkan ekskresi atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

b. Penyebab

**Fisiologis**

1. Spasme jalan napas
2. Jipersekresi jalan napas
3. Disfungsi neuromuskular
4. Adanya jalan napas buatan
5. Sekresi tertahan
6. Hiperplasia dinding jalan napas
7. Proses infeksi
8. Defek agen farmakologis (mis. Anastesi)

**Situasional**

1. Meroko aktif
2. Merokok pasif
3. Terpajan polutan

c. Gejala Dan Tanda Mayor

**Objektif**

1. Batuk tidak efektif
2. Tidak mampu batuk
3. Sputum berlebih
4. Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering



5. Mekonium di jalan napas (pada neonatus)

d. Gejala Dan Tanda Minor

Subjektif

1. Dispnea
2. Sulit bicara
3. Ortopnea

Objektif

1. Gelisah
2. Sianosis
3. Bunyi napas menurun
4. Frekuensi napas berubah
5. Pola napas berubah

e. Kondisi Klinis Terkait

1. Gullian barre syndrom
2. Sklerosis multipel
3. Myasthenia gravis
4. Prosedur diagnostik
5. Depresi sitem saraf pusat
6. Cedera kepala
7. Stroke
8. Kuadriplegia
9. Sindrom aspirasi mekonium
10. Infeksi saluran napas

#### **4. Penurunan perfusi serebral**

#### **5. Nyeri akut**

##### **a. Definisi**

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambar dan berintraksi ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan

##### **b. Gejala dan Tanda Mayor**

###### **Subjektif**

Mengeluh Nyeri

###### **Objektif**

- 1) Tampak meringis
- 2) Bersikap protektif (mis. Posisi menghindari nyeri)
- 3) Gelisah
- 4) Frekuensi nadi meningkat
- 5) Sulit tidur

##### **c. Gejala dan tanda Minor**

###### **Subjektif**

Tidak tersedia

###### **Objektif**

- 1) Tekanan darah meningkat
- 2) Pola napas berubah
- 3) Nafsu makan berubah

- 4) Proses berfikir terganggu
- 5) Menarik diri
- 6) Berfokus pada diri sendiri
- 7) Diaphoresis

## **6. Risiko Infeksi**

### **a. Defisni**

Berisiko mengalami peningkatan terasap organisme patogenik

### **b. Faktor Risiko**

- 1) Penyakit kronis (mis diabetes militus)
- 2) Efeks prosederul invasif
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
  - a) Gangguan peristaltik
  - b) Kerusakan integritas kulit
  - c) Preubahan pH
  - d) Penurunan kerja siliaris
  - e) Ketuban pecah lama
  - f) Merokok
  - g) Statis cairan tubuh
- 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
  - a) Penurunan hemoglobin
  - b) Imunosupresi

- c) Leukopenia
- d) Supresi respon inflamasi
- e) Vaksinasi tidak adekuat

c. Kondisi Klinis Terkait

- 1) AIDS
- 2) Luka bakar
- 3) Penyakit paru obstruktif kronik
- 4) Diabetes militus
- 5) Tindakan invasif
- 6) Kondisi penggunaan terapi steroid
- 7) Penyalahgunaan obat
- 8) Ketuban pecah sebelum waktunya
- 9) Kanker
- 10) Gagal ginjal
- 11) Imunosupresi
- 12) Lymphedema
- 13) Leukositopenia
- 14) Gangguan fungsi hati

**7. Gangguan mobilitas fisik**

**a. Definisi**

Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri

**b. Gejala dan Tanda Mayor**

### **Subjektif**

Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

### **Objektif**

- 1) Kekuatan otot menurun
- 2) Retang gerak menurun

### **c. Gejala dan tanda Minor**

#### **Subjektif**

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak

#### **Objektif**

- 1) Sendi Kaku
- 2) Gerakan tidak terkoordinasi
- 3) Gerakan terbatas
- 4) Fisik Lemah

### **3. Intervensi dan Luaran (SIKI, 2018 SLKI, 2019)**

#### **1. Pola Napas Tidak Efektif**

##### **Manajemen Jalan Napas**

##### **a. Tujuan**

Mengidentifikasi dna mengelola jalan napas

##### **b. Kriteria hasil**

- 1) Dispnea membaik
- 2) Frekuensi napas membaik

c. Intervensi keperawatan

1) Observasi

- a) Monitor pola napas
- b) Monitor bunyi napas
- c) Monitor sputum

2) Terapeutik

- a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift
- b) Posisikan semi fowler atau fowler
- c) Berikan minum hangat
- d) Lakukan fisioterapi dada
- e) Lakukan peghisapan lendir
- f) Lakukan hiperoksigeniasi
- g) Keluarkan sumbatan benda padat dengan force McGill
- h) Berikan oksigen, jika perlu

3) Edukasi

- a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari
- b) Ajarkan teknik batuk efektif

4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian bronkodilator

**2. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif**

**Latihan Batuk Efektif**

a. Tujuan

Melatih pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif untuk membersihkan laring, trakea dan bronkus dari sekret atau benda asing di jalan napas

b. Kriteria hasil

- 1) Produksi sputum menurun
- 2) Frekuensi napas membaik

c. Intervensi keperawatan

1) Observasi

- a) Identifikasi kemampuan batuk
- b) Monitor adanya potensi sputum
- c) Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas
- d) Monitor input dan output cairan

2) Terapeutik

- a) Atur posisi semi fowle atau fowler
- b) Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien
- c) Buang sekret pada tempat sputum

3) Edukasi

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
- b) Anjurkan tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik ditahan selama 2 detik kemudian keluarkan melalui mulut
- c) Anjurkan mengulangi tarik napas dalam sampai 3 kali
- d) Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah tarik napas dalam yang ke 3



#### 4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran

### 3. Penurunan perfusi serebral

#### 4. Nyeri akut

##### Manajemen Nyeri

##### a. Tujuan

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konsisten.

##### b. Kriteria Hasil

- 1) Keluhan nyeri berkurang
- 2) Napsu makan meningkat
- 3) Kesulitan tidur meurun

##### c. Intervensi Keperawatan

##### 1) Observasi

- a) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b) Identifikasi skala nyeri
- c) Identifikasi respon nyeri secara verbal
- d) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

- g) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
  - h) Monitor efek samping penggunaan analgesik
- 2) Terapeutik
- a. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya TENS, Hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedbakc, terapi pijat, aroma terapi, tekning imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
  - b. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
  - c. Fasilitasi istirahat dan tidur
  - d. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- 3) Edukasi
- a. Jelaskan penyebab, periode dan penyebab nyeri
  - b. Jelaskan strategi meredakan nyeri
  - c. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
  - d. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
  - e. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 4) Kolaborasi
- Kolaborasi pemasangan akses vena sentral bila perlu

## **5. Gangguan mobilitas fisik**

Dukungan Mobilisasi

**a. Tujuan dan kriteria hasil**

**Kriteria Hasil**

Kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dapat meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak meningkat

**b. Intervensi keperawatan dan rasional**

*1) Observasi*

- a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c) Monitor frekuensi dan tekanan darah sebelum dan memulai mobilisasi
- d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

*2) Terapeutik*

- a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Berpegang pada pagar tempat tidur)
- b) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

*3) Edukasi*

- a) Jelaskan tujuan dan Prosedur Tindakan
- b) Anjurkan mobilisasi dini

- c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang dapat dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur)

## **6. Risiko infeksi**

### **Pencegahan Infeksi**

#### **a. Tujuan**

Mengidentifikasi dan menurunkan risiko terserang organisme patogenik

#### **b. Kriteria hasil**

- 1) Kemampuan menghindari faktor risiko
- 2) Komitmen terhadap strategi

#### **c. Intervensi keperawatan**

##### **1) Observasi**

Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

##### **2) Terapeutik**

a) Batasi jumlah pengunjung

b) Berikan perawatan kulit pada area edema

c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien

d) Pertahan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

##### **3) Edukasi**

a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi

b) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar

c) Ajarkan cara batuk dengan benar

d) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

- e) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- f) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- 4) Kolaborasi

Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu.

### C. Pemberian Stimulasi Murotal Al-Qur'an

#### 1. Pengetian

Terapi *Murottall* Al-Qur'an adalah rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh Qori' (Pembaca Al-Qur'an). Lantunan Al-Qur'an mengandung suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah djangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress dengan cara mengaktifkan hormon endorphin alami, meningkatkan perasaan rileks dan mengalihkan perhatian rasa takut, cemas, serta dapat memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak (Purna, 2006; Heru, 2008 dalam Pratiwi, Hasneli dan Ernawaty, 2015).

Di dalam intervensi ini menggunakan salah satu surat *Makkiyah* dalam Al-Qur'an yaitu Surah Ar-Rahman yang merupakan surat ke 55 dan berjumlah 78 ayat. Dalam surat ini menerangkan kepemurahan Allah SWT kepada hamba-hamba-Nya, yakni dengan memberikan nikmat yang tak terhingga baik di dunia maupun di akhirat. Ar-Rahman mempunyai karakter ayat yang penek sehingga ayat ini nyaman didengarkan dan dapat menimbulkan efek relaksasi yang bagi pendengar yang masih awam sekalipun (Yesi, et al, 2015).

## 2. Tujuan

Adapun tujuan stimulasi *Murottall* al-qur'an yaitu:

- a. Meningkatkan kesadaran pasien yang ditunjukkan dengan nilai GCS yang meningkat.
- b. Memperbaiki kondisi pasien yang ditandai dengan tanda-tanda vital yang membaik
- c. Menurunkan kecemasan keluarga klien.

## 3. Indikasi

Penelitian yang dilakukan oleh Ahmad Al Qadhi, direktur utama Islamic Medicine Institute for Education and Research di Florida Amerika Serikat, eksperimen tersebut mengukuhkan bahwa Al-Qur'an memiliki pengaruh yang menenangkan dalam 97% mengenai bentuk perubahan psikologis (Hidayah, 2013).

Penelitian Ahmad Al Qadhi, berhasil membuktikan hanya dengan mendengarkan bacaan ayat-ayat Al-Qur'an, seorang muslim baik mereka yang berbahasa Arab maupun bukan, dapat merasakan perubahan fisiologis yang sangat besar. Penurunan depresi, kesedihan, memperoleh ketenangan jiwa, menangkalkan berbagai macam penyakit merupakan pengaruh umum yang dirasakan orang-orang yang menjadi objek penelitiannya (Hidayah, 2013).

*Murottall* Al-Qur'an adalah salah satu musik dengan intensitas 50 desibel yang membawa pengaruh positif. Intensitas suara yang rendah

merupakan intensitas suara kurang dari 60 desibel sehingga menimbulkan kenyamanan dan tidak nyeri. Terapi *Murottall* Al-Qur'an dapat menstimulasi gelombang alpha yang akan menyebabkan pendengarnya mendapat keadaan yang tenang, tentram dan damai (Andraini, 2015).

Penelitian yang dilakukan Yusuf, berhasil membuktikan bahwa ada pengaruh stimulasi Al-Qur'an terhadap *Glasgow Coma Scale* pasien. (Yusuf, 2019).

Adapun pengaruh terapi pembacaan Al-Qur'an berupa adanya perubahan perubahan arus listrik di otot, perubahan sirkulasi darah, perubahan detak jantung, dan kadar darah pada kulit. Perubahan tersebut menunjukan adanya relaksasi atau penurunan ketegangan urat saraf reflektif yang mengakibatkan terjadinya pelonggaran pembuluh nadi dan penambahan kadar darah dalam kulit, diiring dengan penurunan frekuensi detak jantung (Hidayah, 2013).

#### 4. Kontraindikasi

Kontraindikasi *Murottall* menurut (Ika Sulistyawati, 2020) terapi *Murottall* ini tidak dapat digunakan bagi klien yang mengalami gangguan pendengaran

#### 5. Prosedur Pemberian dan Rasionalisasi

No	Prosedur Tindakan
1.	Fase Orientasi: a. Memberi salam trapeutik kepada keluarga klien



	<p>Rasional : salam terapeutik merupakan salah satu cara untuk membina trust antara perawat dan pasien / keluarga pasien</p> <p>b. Memperkenalkan diri:</p> <p>Rasional:</p> <p>Memperkenalkan diri dapat menumbuhkan hubungan saling percaya kepada perawat dan keluarga klien</p> <p>c. Menjelaskan tujuan</p> <p>Rasional : dengan memberi penjelasan kepada klien /keluarga klien terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan, maka keluarga klien diharapkan mempunyai gambaran mengenai tindakan yang akan dilakukan dan memberi pilihan klien dan keluarga untuk tetap melanjutkan tindakan atau tidak</p> <p>d. Kontrak waktu</p> <p>Rasional : Menjelaskan waktu dilakukannya tindakan dan durasi serta berapa kali dilakukannya tindakan kepada keluarga klien agar klien atau keluarga klien memahami tindakan yang akan dilakukan berikutnya.</p> <p>e. Menyiapkan alat</p> <p>Rasional: Memudahkan perawat melakukan tindakan</p>
2.	<p>Fase Kerja</p> <p>a. Mencuci tangan</p> <p>Rasional: Menghindari penyebaran mikroorganisme</p>

	<p>b. Membaca Basmalah</p> <p>Rasioanal: Menerapkan nilai Islami</p> <p>b. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan tingkat kesadarn pasien</p> <p>Rasional: mengetahui keadaan umum pasien sebelum dilakukan tindakan</p> <p>c. Memberikan terapi <i>Murottall</i> selama 10-15 menit dengan menggunakan handphone</p> <p>Rasional : untuk meningkatkan keadaan umum serta menigkatkan kesadaran pasien</p> <p>d. Mengatur volume musik dengan frekuensi 40 Hz (volume sedang)</p> <p>Rasioanal : agar klien dan keluarga klien merasa nyaman</p> <p>e. Melakukan pemeriksaan ulang tanda-tanda vital dan kesaran pasien setelah diberikan terapi <i>Murottall</i></p> <p>f. Memasukan hasil pemeriksaan ke lembar pemantauan tanda-tanda vital pasien</p>
3.	<p>Fase terminasi</p> <p>a. Kontrak stimulasi selanjutnya kepada keluarga klien</p> <p>Rasional:</p> <p>Agar Keluarga klien mengetahui tindakan selanjutnya</p> <p>b. Menucapkan salam</p>

	Rasional : membina hubungan saling percaya
	<p><b>Kriteria Evaluasi</b></p> <p>Diharapkan setelah dilakukan tindakan stimulasi <i>Murottall</i> Al-Qur'an:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Terjadi peningkatan kesadaran pasien</li> <li>Tanda-tanda vital membaik</li> <li>Tingkat kecemasan keluarga pasien menurun.</li> </ol>
	<p><b>Referensi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Samsul, Hariyanto. 2009. Energi Dzikir. Sinar Grafika Offset : Jakarta</li> <li>Oop Ropei, Muhammad Lutfhi. 2017. "Pengaruh Terapi Psikoreligi <i>Murottall</i> Al -Qur'an Terhadap Tekanan Darah pada Klien dengan Hipertensi" dalam Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah Volume 4.No. 1. Juni 2017.</li> </ol>

**BAB III**  
**KASUS KEPERAWATAN**

**1. PENGKAJIAN**

Ruang Rawat : ICU

No. Rekam medik : 392342

Tgl/jam masuk : 01 Mei 2021/21:00

Tgl/jam pengambilan data : 03 Mei 2021/14:15

Diagnosa masuk : Trauma Capitis Berat

Cara masuk : Ambulance

Kiriman dari : RSUD. Padjonga Dg. Ngalle

Pindahan dari : OK

Perawat/tim yg b. jawab : Bahuddin, S.Kep

**A. IDENTITAS**

Nama : Tn."S"

Umur : 65 Tahun

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Petani

Suku : Makassar

Agama : Islam

Alamat : Sugitanga, Takalar

Sumber informasi : Keluarga

#### **B. RIWAYAT KESEHATAN**

Keluhan utama : Penurunan kesadaran

Keluhan saat ini : Keluarga klien mengatakan sejak 2 Hari yang lalu keluar dari kamar operasi klien belum sadarkan diri. Keluarga klien mengatakan klien gelisah dan sering menarik tangan dan kakinya.

#### **C. KEADAAN UMUM**

Kesadaran : Samnolen GCS: E2, M:3, V:2 (7)

Pengetahuan : Tidak dapat dikaji karena klien tidak sadar

Pasca operasi : Craniatomi frontal dan parietal dextra

#### **D. KEBUTUHAN DASAR**

##### **NYERI**

Suhu : 37,5°C

Gambaran nyeri : Respon nyeri secara verbal tidak dapat dikaji karena klien mengalami penurunan kesadaran

Respon emosional : Klien nampak gelisah dan sering menarik tangan dan kakinya. Nampak

terpasang restrain pad akedua tangan dan kaki

Cara mengatasi nyeri : Tidak mendapatkan informasi karena klien mengalami penurunan kesadaran

**Masalah keperawatan** : -

### NUTRISI

TB : 170 cm

BB : 60,4 kg

Kebiasaan makan : Anak klien mengatakan sebelum sakit klien makan 3x sehari makanan besar. saat saki klien belum pernah diberikan makanan melalui oral. Keluarga klien mengatakan makanan diberikan hanya melalui NGT. Nampak terpasang NGT

Pembesaran tiroid : Tidak ada

Massa : Tidak ada

Holitosi : Ada

Kondisi gigi/gusi : Nampak gigi seri bagian atas depan telah tanggal

Penampilan lidah : Permukaan lidah nampak warna putih

Bising usus : Tidak ada

Jenis cairan terpasang : RL 500 cc 23 tpm, Adona 250 ml 23

tpm

Porsi makan yg : Anak klien mengatakan klien belum dihabiskan perah diberikan makanan peroral selama sakit

Makanan disukai : -

Diet : Tidak ada

**Masalah keperawatan : Risiko Defisit Nutrisi**

#### CAIRAN

Kebiasaan minum : Keluarga klien emngatakan sebelum sakit klien hanya mengonsumsi air putih kurang lebih 2000 ml perhari dan kadang-kadang meminum kopi

Jenis : Air putih dan kopi

Turgor kulit : Baik

CRT : <2 detik

Mata : Terdapat edema palpebra

Konjungtiva : Tidak anemis

Sklera : Berwarna merah, nampak akumulasi darah pada sklera

Edema : Tidak ada edema

Distensi V.Jugularis : Tidak ada



Asites : Tidak ada

Spider Navy : Tidak ada

Infuse : Terpasang infuse RL 500 CC 23 tpm

**Masalah keperawatan : Tidak ada**

### PERSONAL HYGNE

Kebiasaan mandi : Keluarga klien mengatakan hanya membersihkan badan klien menggunakan tissu basah.

Cuci rambut : Keluarga klien mengatakan selama sakit tidak pernah cuci rambut karena terdapat luka pada kepala

Kebiasaan gosok gigi : Klien mengatakan selama dirawat tidak pernah menggosok gigi

Kebersihan badan : Kulit pada bagian dada nampak kotor. kulit pada kedua tangan dan lengan nampak kotor, area ketiak nampak kotor. Kondisi di sekitar luka nampak kotor

Keadaan rambut : distribusi rambut tidak normal, rambut hanya terdapat pada bagian oksipital. Terdapat bekas cukur pada area post craniactomi. Terpasang vervand pada bagian frontal dan temporal. Kondisi di sekitar luka nampak kotor dan terpasang

drainage,

Keadaan kulit kepala	:	Kotor
Keadaan kuku	:	Kuku nampak kotor dan panjang
Keadaan vulva/perineal	:	Tidak dikaji
Keluhan saat ini	:	-
Integritas kulit	:	Baik
Keadaan luka	:	Terpasang vervand pada bagian frontal dan temporal. Kondisi di sekitar luka nampak kotor dan terpasang drainage, pada leher terpasang <i>Neck Collar</i> .
<b>Masalah keperawatan</b>	:	<b>Defisit Perawatan diri</b>

#### AKTIVITAS DAN LATIHAN

Aktivitas waktu luang	:	Keluarga klien emngatakan klien hanya mampu berbaring di tempat tidur
Aktivitas/hoby	:	Keluarga klien mengatakan sehari-hari klien beraktivitas sebagai petani di sawah dan baru-baru ini selesai panen padi
Kesulitan bergerak	:	Keluarga klien emngatakan klien tidak diperbolehkan banyak bergerak karena pasca operasi. Keluarga klien mengatakan klien sering menggerak-gerakkan kedua kaki dan tangannya. Nampak klien gelisan dan menarik

tangan dan kakinya. Klien terpasang restrain

Postur : tidak dapat dikaji secara keseluruhan karena pasien hanya mampu berbaring

Rentang gerak : Terbatas

Keluhan saat ini : Keluarga klien mengatakan klien terlalu gelisah dan aktif bergerak padahal dianjurkan untuk mempertahankan posisi

Penggunaan alat bantu : Tidak ada penggunaan alat bantu. Klien nampak hanya mampu bergerak di atas tempat tidur

Pelaksanaan aktivitas : Total

Jenis aktivitas yg perlu dibantu : Pemenuhan cairan dan nutrisi, personal hygiene, eliminasi

Kekuatan otot : 
$$\begin{array}{c} 5 \quad 5 \\ | \\ 5 \quad 5 \end{array}$$

Masalah keperawatan : Gangguan mobilitas fisik

ALA UDDIN  
M A K A S S A R

## ELIMINASI

Kebiasaan BAB :

- Sebelum sakit : 1-2 kali sehari
- Saat sakit : Keluarga klien mengatakan klien belum pernah BAB. keluarga klien mengatakan klien mengatakan belum BAB karena belum ada intake oral

Kebiasaan BAK :

- Sebelum sakit : 1-2 kali sehari
- Saat sakit : Terpasang cateter urin dengan pengeluaran 700 cc

Penggunaan diuretic : Tidak ada

Peristaltik usus : 12 detik

Abdomen : Tidak ada pembesaran massa, nyeri tekan tidak dapat dikaji. Abdomen nampak mengempes

Kateter urin : Terpasang kateter urin

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah**

## UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

### OKSIGENASI

Nadi : 110x/i, irreguler, lemah dan dalam

Pernapasan : 38x/i

Akral : Teraba dingin, kulit lembab

Tekanan Darah : 118/70 mmHg

Respirasi	: Klien nampak sesak. Inspirasi lebih panjang dari pada ekspirasi
Vokal premitus	: Tidak dikasi karena pasien tidak mampu mengubah posisi ke semi fowler
Sputum	: Tidak ada produksi sputum
Sirkulasi oksigenasi	: 98%
Pucat	: Klien nampak pucat, tidak terdapat sianosis
Dada	: Tidak ada penggunaan otot bantu napas
Oksigen kanul/mask	: NRM 15 L
WSD	: Terpasang drainase pada kepala
Riwayat penyakit	: Keluarga klien mengatakan klien tidka memiliki riwayat jatuh dan penyakit tidak menular maupun menular
Masalah keperawatan	: <b>Pola napas tidak efektif, perfusi perifer tidak efektif</b>

## UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

### ISTIRAHAT DAN TIDUR

#### Kebiasaan tidur malam

- Sebelum sakit : Keluarga Klien mengatakan sebelum sakit tidur malam mulai pukul 23.00-06.00 dengan kualitas nyenyak
- Saat sakit : Keluarga klien mengatakan sejak keluar dari kamar operasi klien mengalami

penurunan kesadaran dan sering mengerang pada malam hari. Keluarga klien mengatakan sulit memperkirakan tidur klien

**Masalah keperawatan**

**Tidak ada masalah**

**NEUROSENSORI**

- Rasa ingin pingsan : Klien mengalami penurunan kesadaran
- Stroke : Tidak ada riwayat
- Kejang : Keluarga Klien mengatakan tidak memiliki riwayat kejang
- Status mental : Tidak dapat dikaji karena klien mengalami penurunan kesadaran. Keluarga klien mengatakan sebelum dirawat di RS klien tidak pernah mengalami disorientasi tempat, waktu maupun orang
- Kesadaran : Scomen: GCS 7
- Memori : Tidak dapat dikaji, klien mengalami penurunan kesadaran
- Kaca mata : Klien tidak menggunakan kaca mata
- Alat bantu dengar : Klien tidak menggunakan alat bantu dengar
- Ukuran reaksi pupil : 2 mm kiri dan 4 mm kanan, anisokor.

Reaksi Terhadap Cahaya (+/+)

Facial drop : Tidak ada

Genggaman tangan : Genggaman kedua tangan kuat

**Masalah keperawatan : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif**

### **PENCEGAHAN TERHADAP BAHAYA**

Refleksi : Tidak dapat dikaji, klien mengalami penurunan kesadaran

Penglihatan : Keluarga klien mengatakan sebelum dirawat di RS Klien dapat melihat secara normal

Pendengaran : Klien dapat mendengar dan merespon suara dengan mengeranm

Penciuman : Tidka dapat dikaji

Perabaan : Tidak dapat dikaji

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah**

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

ALAUDDIN

### **KEAMANAN**

Alergi : Keluarga Klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat alergi

Riwayat penyakit : Keluarga Klien mengatakan klien tidak



memiliki riwayat penyakit menular

Prilaku risiko tinggi	:	Tidak ada
Transfusi darah	:	Mendapatkan transfusi darah 2 bag saat setelah operasi
Riwayat cedera	:	Keluarga Klien mengatakan mengalami kecelakaan 2 minggu yang lalu
Fraktur	:	Terdapat fraktur pada os cranii frontal dan parietal dextra
Atritis sendi	:	Tidak ada
Masalah punggung	:	Tidak ada
Kekuatan punggung	:	Tidak dapat dikaji karena pasien hanya mampu berbaring
ROM	:	Terbatas
<b>Masalah keperawatan</b>	:	<b>Tidak ada</b>

## UNIVERSITAS NEGERI

### SEKSUALITAS

Hubungan seksual	:	Aktif
Penggunaan kondom	:	Isteri klien emngatakan klien tidak pernah menggunakan kondom
Gangguan prostat	:	Keluarga Klien mengatakan tidak memiliki riwayat gangguan prostat
Sirkumsisi	:	Keluarga Klien mengatakn melakukan

sirkumsis waktu SD

**Masalah keperawatan : Tidak ada**

### **INTERAKSI SOSIAL**

Masalah kesehatan/stress : Tidak dapat dikaji

Cara mengatasi stress : -

Orang pendukung lain : Keluarga

Sosiologis : Tidak dapat dikaji

Perubahan bicara : Tidak ada

Laringektomi : Tidak ada

Psikologis : Tidak dapat dikaji

Keputusan : Tidak dapat dikaji

Komunikasi verbal : Klien hanya mampu mengeram

Spiritual : Keluarga Klien mengatakan selama sakit tidak pernah melaksanakan shalat

Kegiatan keagamaan : Keluarga Klien mengatakan tidak mengikuti kegiatan keagamaan di tempat tinggalnya

Gaya hidup : Monoton. Keluarga Klien mengatakan aktivitas sehari-harinya adalah belradang

**Masalah keperawatan : Tidak ada masalah**

#### E. PENYULUHAN DAN PEMBELAJARAN

Bahasa dominan : Indonesia

Informasi yang diberikan : Pengaturan jam besuk

: Hak dan kewajiban klien

: Petugas yang merawat

Masalah yang dijelaskan : Perawatan diri di RS

: Obat-obatan yang diberikan

: Modifikasi diet

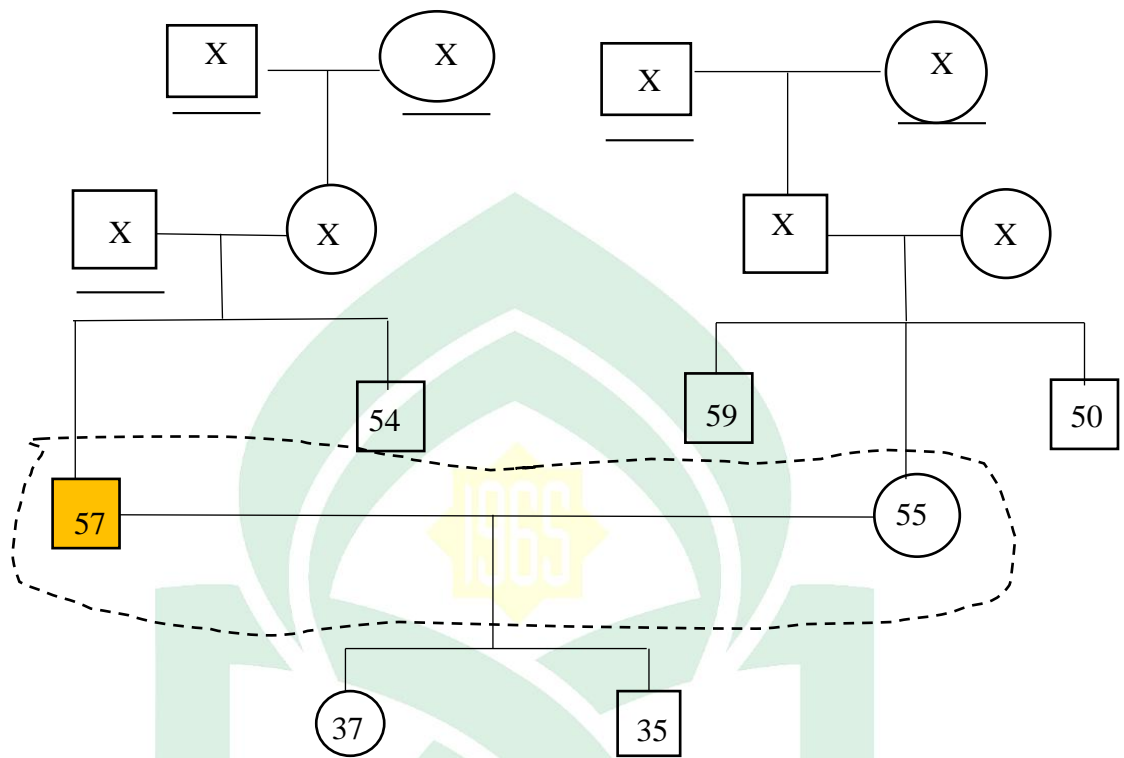
#### Obat yang diresepkan

Obat	Dosis	Waktu	Rute	Tujuan
Furosemid	1 amp	/24 jam	IV	Mengeluarkan cairan yang berlebihan dalam tubuh
Ceftriaxone	1 gr	/24 jam	IV	Antibiotik, membantu mencegah infeksi
Omeprazole	20 ml	/24 jam	IV	Antasida, Mengurangi kadar asam lambung
Asorbic acid	5 ml	/24 jam	IV	Vit.C

Metrodinazole	500 mg	/24 jam	IV	Antibiotik untuk mencegah infeksi anaerob seperti jamur dan protozoa
---------------	--------	---------	----	----------------------------------------------------------------------------------------



## GENOGRAM



**Keterangan:**

□	: Laki-laki	—	: Garis perkawinan
○	: Perempuan		: Garis keturunan
⊗	: Meninggal	---	: Garis serumah
■	: Klien		

- G1 : Kakek dan nenek klien telah meninggal. Semua kakek dan nenek klien tidak memiliki riwayat penyakit menular dan tidak menular
- G2 : Kedua orang tua klien telah meninggal tanpa didaului sakit
- G3 : Klien merupakan anak pertama dari 2 bersaudara memiliki 2 anak. Klien hanya tinggal berdua dengan isterinya

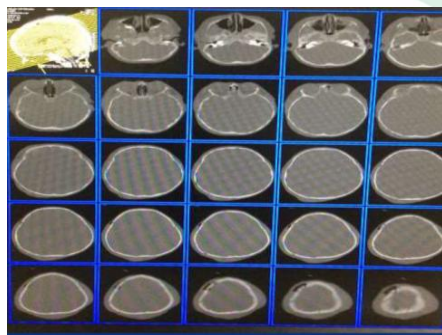
**PEMERIKSAAN PENUJANG**

### HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
<b>Darah rutin</b>			
WBC	7.72	3.00-15.00	$10^3/uL$
LYM	0.44	1.00-3.70	$10^3/uL$
MON	0.23	0.1-0.9	$10^3/uL$
GRA	-	1.3-6.7	$10^3/uL$
*LYM	-	20.0-40.0	%
*MON	-	2.0-8.0	%
*GRA	-	50-70	%
RBC	3.48	2.50-5.50	$10^6/uL$
HGB	10.3	8.0-17.0	g/dL
HCT	30.1	40-50	%
MCV	86.5	80.0-96.0	fL
MCH	29.6	23.2-38.7	pg
MCHC	34.2	32-37	g/dL
RDW-SD	40.1	37.0-54.0	fL
RDW-CV	12.5	10.0-18.0	%
PLT	145	150-400	$10^3/uL$
PCT	0.13	0.15-0.50	%
MPV	9.9	6.5-11.0	fL
PDW	-	10.0-18.0	fL
P-LCR	24.2	13.0-43.0	%

**Kesan:** Lymphopenia

#### - CT Scan



**Kesan:**

1. Fraktur servicalis I
2. Perdarahan epidural diregio frontoparietal kanan disertai dengan herniasi subfalcine kekiri sejauh +/-1.3 cm dan penyempitan ventrikel lateral kanan, III dan IV

### KLASIFIKASI DATA

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> <li>Keluarga klien mengatakan selama sakit tidak pernah cuci rambut karena terdapat luka pada kepala</li> <li>Keluarga klien mengatakan hanya membersihkan badan klien menggunakan tissu basah</li> <li>Anak klien mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran sejak 29 April 2021</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kulit pada bagian dada nampak kotor</li> <li>kulit pada kedua tangan dan lengan nampak kotor, area ketiak nampak kotor</li> <li>Kondisi di sekitar luka nampak kotor</li> <li>Klien nampak sesak, inspirasi lebih panjang daripada ekspirasi</li> <li>Terpasang NRM 15 L</li> <li>Terdapat penggunaan alat bantu pernapasan Akral teraba dingin</li> <li>TTV : <ul style="list-style-type: none"> <li>Suhu 37,5°C</li> <li>Td: 118/70 mmHg</li> <li>Nadi: 110x/i</li> <li>P: 38x/i</li> </ul> </li> <li>Klien mengalami penurunan kesadaran GCS:7 E:2, M3, V:2</li> <li>Klien tidak mampu mengenali tempat dan waktu dan orang-orang di sekitarnya karena kesadarannya menurun</li> <li>Ukuran Reaksi Pupil 2 mm kiri dan 4 mm kanan, anisokor.</li> <li>Terpasang vervand pada bagian frontal dan temporal.</li> <li>Kondisi di sekitar luka nampak kotor</li> <li>Terpasang drainage</li> </ul>



### ANALISA DATA

Data	Etiologi	Masalah
<b>Subjektif</b> 1. Klien nampak sesak, inspirasi lebih panjang daripada ekspirasi 2. Frekuensi napas 38x/i 3. Terpasang NRM 15 L 4. Terdapat penggunaan alat bantu pernapasan	<b>Gangguan Neurologis akibat cedera kepala</b>	<b>Pola napas tidak efektif</b>
<b>Subjektif</b> Anak klien mengatakan klien mengalami penurunan kesadaran sejak 29 April 2021 <b>Objektif</b> 1. Akral teraba dingin 2. Suhu 37,5°C 3. Td: 118/70 mmHg 4. Nadi: 110x/i 5. Klien mengalami penurunan kesadaran GCS:7 E:2, M3, V:2 6. Ukuran reaksi pupil: 2 mm kiri 4 mm kanan, anisokor 7. Klien tidak mampu mengenali tempat dan waktu dan orang-orang di sekitarnya karena kesadarannya menurun	<b>Edema serebral akibat cedera kepala</b>	<b>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</b>
<b>Subjektif</b> 1. Keluarga klien mengatakan hanya membersihkan badan klien menggunakan tissu basah 2. Keluarga klien mengatakan selama sakit tidak pernah cuci rambut karena terdapat luka pada kepala <b>Objektif</b>	<b>Kelemahan</b>	<b>Defisit perawatan diri</b>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit pada bagian dada nampak kotor</li> <li>2. kulit pada kedua tangan dan lengan nampak kotor, area ketiak nampak kotor</li> <li>3. Kondisi di sekitar luka nampak kotor</li> </ol>		
<b>Faktor Risiko :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terpasang vervand pada bagian frontal dan temporal.</li> <li>2. Kondisi di sekitar luka nampak kotor</li> <li>3. Terpasang drainage</li> </ol>	<b>Efek prosedur infasif</b>	<b>Risiko Infeksi</b>

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis akibat cedera kepala.
2	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala.
3	Defisit perawatan diri berhubungan Kelemahan.
4	Risiko Infeksi Efek berhubungan dengan prosedur infasif.

(SDKI PPNI, 2017)

### INTERVENSI ASUHAN KEPERAWATAN

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	<b>Pola napas tidak efektif</b> (SIKI PPNI, 2017).	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kriteria hasil yaitu: - Frekuensi napas membaik( 20x-25x/menit) (SLKI PPNI, 2017)	<b>Manajemen jalan napas</b> (SIKI PPNI, 2017). <b>Observasi</b> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <b>Terapeutik</b> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan oksigen	<b>Observasi</b> 1. Mengetahui frekuensi pernapasan klien 2. Mengetahui kondisi kepatenan jalan napas 3. Mengetahui pengeluaran aspirasi klien <b>Terapeutik</b> 1. Menilai keadekuatan pernapasan 2. Membantu suplai oksigen
2	<b>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial</b> (SIKI PPNI, 2017)	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kriteria hasil yaitu: - Gelisah Menurun - Nilai GCS Meningkat (skala 8) (SLKI PPNI, 2017)	<b>Perawatan Sirkulasi</b> (SIKI PPNI, 2017) <b>Observasi</b> 1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu,) 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <b>Terapeutik</b> 1. Lakukan pencegahan infeksi	<b>Observasi</b> 1. Mengetahui kondisi sirkulasi perifer 2. Mengidentifikasi tanda-tanda inflamasi <b>Terapeutik</b> 1. Untuk mencegah terjadinya infeksi pada klien 2. Menjaga homeostatis

			2. Lakukan hidrasi 3. Berikan nonfarmakologi terapi	
3.	<b>Defisit Perawatan Diri</b> (SDKI PPNI, 2017)	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kriteria hasil yaitu:  1. Keluarga mampu mempertahankan kebersihan diri klien (keluarga klien mengetahui memandikan klien ditempat tidur)	<b>Dukungan Perawatan Diri</b> (SIKI PPNI, 2017). <b>Observasi</b> 1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Monitor kebersihan tubuh 3. Monitor integritas kulit <b>Terapeutik</b> Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien	<b>Observasi</b> 1. Mengetahui jenis kebutuhan klien dan keluarga 2. Menjaga terhidar dari bau badan dan risikon invasi mikroorganisme 3. Mengidentifikasi kebersihan kulit <b>Terapeutik</b> Membantu dan mengedukasi keluarga untuk mandi <b>Edukasi</b> 1. Mengedukasi kepada keluarga klien pentingnya menjaga kebersihan tubuh 2. Melatih keluarga untuk menjaga kebersihan tubuh klien secara mandiri

4.	<b>Risiko infeksi</b> (SDKI PPNI, 2017)	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kriteria hasil yaitu: 1. Hipertermi menurun (suhu badan 36,5°C) (SLKI PPNI, 2017)	<b>Pencegahan Infeksi</b> (SIKI PPNI, 2017). <b>Observasi</b> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik <b>Terapeutik</b> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar	<b>Observasi</b> Mengetahui gejala infeksi <b>Terapeutik</b> 1. Menimimalisir terjadinya infeksi nosokomial 2. Mencegah penyebaran mikroorganisme <b>Edukasi</b> 1. Mengetahui dan mencegah terjadi infeksi 2. Mencegah penyebaran mikroorganisme
----	--------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

**NAMA PASIEN : Tn. "S"**  
**UMUR PASIEN : 65 Tahun**

**NO. RM : 390750**  
**DX. MEDIS : Trauma Capitis Berat**

NO	NO DX	Hari/Tgl/ Jam	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	1	Senin/03 Mei 2021 15:00  15:05  15:05  15:10	<b>Manajemen jalan napas (SIKI PPNI, 2017)</b> <b>Observasi</b> 4. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas) <b>Hasil:</b> RR: 38 x/i, tidak terdapat penggunaan alat bantu pernapasan, Monitor bunyi napas tambahan 5. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <b>Hasil:</b> tidak terdapat penegluaran sputum <b>Terapeutik</b> 3. Pertahankan kepatenan jalan napas <b>Hasil:</b> terpasang <i>neck collar</i> . Klien gelisah dan banyak bergerak. <i>Neck collar</i> sering terlepas 4. Berikan oksigen <b>Hasil:</b> terpasang NRM 15 L. Saturasi O <sub>2</sub> 98%	S : Keluarga klien mengatakan klien masih sesak O : Terpasang NRM 15 L, klien nampak sesak, frekuensi RR 38x/i A : Pola napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi <b>Manajemen jalan napas</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <b>Terapeutik</b> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan oksigen	
2	2	Senin/03 Mei 2021 15:15  15:20	<b>Perawatan Sirkulasi (SIKI PPNI, 2017)</b> <b>Observasi</b> 3. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu.) <b>Hasil:</b> N: 110x/i, CRT <2 detik, suhu 36°C	S : keluarga klien mengatakan ujung kaki dan tangan klien masih dingin O : Akral teraba dingin, suhu 36°C, Nadi 115x/i, GCS: E:2, M:3, V:2 (7)	



		15:23	4. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <b>Hasil:</b> akral dingin, tidak terjadi edema di sekitar ekstremitas	A : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Perawatan Sirkulasi	
		15:25	<b>Terapeutik</b> 1. Lakukan pencegahan infeksi <b>Hasil:</b> mengedukasi keluarga untuk rutin membersihkan area tempat tidur klien khususnya di area kepala. Keluarga klien mengerti edukasi yang diberikan dan mampu melakukan secara mandiri 2. Lakukan hidrasi <b>Hasil:</b> terpasang Infus 3 line Tangan kanan: RL 500 ml 23x/I Tangan kiri: Dextrose 500 ml 20 xi Adona: 250 ml 20/i. 3. Berikan terapi nonfarmakologi <b>Hasil :</b> diberikan terapi audio <i>Murottall Al-Qur'an</i>	<b>Observasi</b> 1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu,) 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <b>Terapeutik</b> 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan hidrasi 6. Berikan terapi nonfarmakologi (terapi audio <i>Murottall Al-Qur'an</i> )	
3	3	Senin/ 03 Mei 2021 16:00	<b>Dukungan Perawatan Diri</b> (SIKI PPNI, 2017) <b>Observasi</b> 4. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan <b>Hasil:</b> klien perlu bantuan untuk mandi, keluarga klien mengatakan hanya membersihkan badan klien dengan tissue basah	S : Keluarga klien mengatakan belum memandikan klien karena tidak mempunyai waslap O : Kulit nampak kotor dan berbau tidak sedap A : defisit perawatan diri belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
		16:03	5. Monitor kebersihan tubuh <b>Hasil:</b> kulit nampak kotor	<b>Dukungan Perawatan Diri</b>	
		16:05	6. Monitor integritas kulit <b>Hasil:</b> integritas kulit nampak lembab	<b>Observasi</b> 1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Monitor kebersihan tubuh 3. Monitor integritas kulit	
		16:07	<b>Terapeutik</b> Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan		

		16:10	<b>Hasil:</b> mengedukasi keluarga cara memandikan klien dengan waslap <b>Edukasi</b> 3. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan <b>Hasil:</b> keluarga mengetahui manfaat mandi untuk meningkatkan kesehatan	<b>Terapeutik</b> Faslitasi mandi sesuai kebutuhan <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien	
		16:15	4. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien <b>Hasil:</b> Klien belum mengimplementasikan cara memandikan klien karena tidak mempunyai waslap		
4	4	Senin/ 03 Mei 2021 17:00 17:03 17:05 17:10 17:15	<b>Pencegahan Infeksi</b> (SIKI PPNI, 2017) <b>Observasi</b> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik <b>Hasil :</b> tidak terdapat hipertermia, terdapat bautidak sedap pada area post craniactomi <b>Terapeutik</b> 3. Batasi jumlah pengunjung <b>Hasil:</b> hanya terdapat 1 keluarga klien yang menemani 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <b>Hasil:</b> mencuci tangan sebelum dna setelah kontak dnegan klien <b>Edukasi</b> 3. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <b>Hasil:</b> keluarga memahami tand adan gejala	S : keluarga klien mengatakn klien tidak pernah mengalami hipertermi setelah keluar dari OK O : Suhu badan 37,5°C A : Risiko infeksi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi <b>Pencegahan Infeksi</b> <b>Observasi</b> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik <b>Terapeutik</b> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala	

			infeksi yaitu: demam, pembengkakan dan respon nyeri 4. Ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar <b>Hasil:</b> keluarga mampu mempraktikkan cara mencuci tangan dengan benar	infeksi 2. Ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar	
5	1	Selasa, 04 Mei 2021 08:00  08:05  08:07  08:10	<b>Manajemen jalan napas</b> (SIKI PPNI, 2017) <b>Observasi</b> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas) <b>Hasil:</b> RR: 23 x/i, tidak terdapat penggunaan alat bantu pernapasan 2. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <b>Hasil:</b> terdapat pengeluaran lendir yang berbau hingga menyentuk <i>neck collar</i> <b>Terapeutik</b> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas <b>Hasil:</b> terpasang neck collar. Klien gelisah dan banyak bergerak. Neck collar sering terlepas 2. Berikan oksigen <b>Hasil:</b> terpasang NRM 10 L. Saturasi O <sub>2</sub> 98%	S : keluarga klien mengatakan sesak napas mulai berkurang O : terpasang NRM 10 L, saturasi Oksigen 95% A : pola napas tidak efektif belum teratasi P : Lanjutkan intervensi <b>Manajemen jalan napas</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <b>Terapeutik</b> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 3. Berikan oksigen	
6	3	Selasa, 04 Mei 2021 08:00  08:05  08:07	<b>Dukungan Perawatan Diri</b> (SIKI PPNI, 2017) 1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan <b>Hasil:</b> klien perlu bantuan untuk mandi, keluarga klien mengatakan hanya membersihkan badan klien dengan tissu basah 2. Monitor kebersihan tubuh	S : keluarga mengatakan telah mampu memandikan klien. keluarga klien mengatakan telah mengganti sarung dan selimut klien O : kulit klien nampak bersih dan wangi. Keluarga klien nampak telah mengganti selimut dan sarung	

M A K A S S A R

		08:10	<p><b>Hasil:</b> kulit nampak kotor dan berbau</p> <p>3. Monitor integritas kulit</p> <p><b>Hasil:</b> integritas kulit nampak lembab</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan</p> <p><b>Hasil:</b> mengedukasi keluarga cara memandikan klien dengan waslap. Membantu klien memandikan klien</p>	<p>klien</p> <p>A : Defisit perawatan diri teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <p><b>Pencegahan Infeksi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar</li> </ol>	
7	2	<p>Selasa, 04 April 2021</p> <p>08:13</p> <p>08:15</p> <p>08:17</p> <p>08:20</p>	<p><b>Perawatan Sirkulasi</b> (SIKI PPNI, 2017)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu,)</li> </ol> <p><b>Hasil:</b> Nadi: 88x/i dalam dan irreguler, CRT &lt;2, Suhu: 37°C, TD:120/73, Saturasi O<sub>2</sub>: 95%</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p><b>Hasil:</b> Akral teraba hangat, tidak terdapat kemerahan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pencegahan infeksi</li> </ol> <p><b>Hasil:</b> membatasi pengunjung</p>	<p>S : keluarga klien mengatakan sudah tidak menarik tangannya dan sudah tidak gelisah</p> <p>O : akral teraba hangat, suhu 37°C, GCS: E:, M:3, V:2 (7)</p> <p>A : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi, hipertemia</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <p><b>Perawatan Sirkulasi</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu,)</li> </ol>	

			<p>2. Lakukan hidrasi  <b>Hasil:</b> Terpasang RL 500 ml 20x/i  3. Berikan terapi nonfarmakologi (terapi audio <i>Murottall</i> Al-Qur'an)  <b>Hasil :</b> diberikan mp3 <i>Murottall</i> alqur'an selama 15-20 menit</p>	<p>2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas  <b>Terapeutik</b>  1. Lakukan pencegahan infeksi  2. Lakukan hidrasi  3. Berikan terapi nonfarmakologi (terapi audio <i>Murottall</i> Al-Qur'an)  <b>Manajemen Hipertermia</b>  <b>Observasi</b>  1. Monitor penyebab hipertermia  2. Monitor suhu tubuh  <b>Terapeutik</b>  1. Basahi permukaan tubuh (kompres hangat)  <b>Kolaborasi</b>  1. Kolaborasi pemberian cairan intravena  2. Kolaborasi pemberian paracetamol</p>	
8	4	<p>Selasa, 04 Mei 2021  08:25    08:27    08:30</p>	<p><b>Pencegahan Infeksi</b> (SIKI PPNI, 2017)  <b>Observasi</b>  Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik  <b>Hasil:</b> terdapat hipertermi dengan suhu 38°C, Terdapat belatung pada luka, luka berbau  <b>Terapeutik</b>  1. Batasi jumlah pengunjung  <b>Hasil:</b> yang menjaga klien hanya satu orang dari keluarganya  2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak</p>	<p>S : Keluarga klien mengatakan suhu tubuh klien meningkat sejak tadi malam, Keluarga klien mengatakan luka bekas operasi mulai berbau  O : Suhu: 38°C, nampak luka berbau  A : risiko infeksi belum teratasi, hipertermia  P : lanjutkan intervensi  <b>Pencegahan Infeksi</b>  <b>Observasi</b></p>	

		08:33	dengan pasien dan lingkungan pasien <b>Hasil:</b> melakukan cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan klien	Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik <b>Terapeutik</b> 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien	
		08:35	<b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <b>Hasil:</b> keluarga diberikan edukasi tentang tanda dan gejala infeksi seperti demam, dan inflamasi 2. Ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar <b>Hasil:</b> keluarga mampu mencuci tangan dengan mandiri dan benar	<b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar	
		10:00			
9	5	10:15	<b>Manajemen Hipertermia</b> (SIKI PPNI, 2017) <b>Observasi</b> 1. Monitor penyebab hipertermia <b>Hasil:</b> Defisit cairan -932 ml, hasil pemeriksaan darah lymphopenia (LYM: $0.44 \times 10^3/UL$ ), HCT: 30.1%	S : Keluarga klien mengatakan suhu tubuh klien belum turun, keluarga klien mengatakan telah memberikan kompres O : suhu 38°C, tubuh terasa hangat A : hipertermia belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
		10:20	2. Monitor suhu tubuh <b>Hasil:</b> 38°C, tubuh terasa hangat <b>Terapeutik</b> Basahi permukaan tubuh (kompres hangat) <b>Hasil:</b> memberikan kompres air hangat pada kedua aksila klien	<b>Manajemen Hipertermia</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh <b>Terapeutik</b> Basahi permukaan tubuh (kompres hangat) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan intravena 2. Kolaborasi pemberian	



				paracetamol	
10	1	Rabu, 05 Mei 2021 08:15 08:17 08:20 08:23 08:25	<b>Manajemen jalan napas</b> (SIKI PPNI, 2017) <b>Observasi</b> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman usaha napas) <b>Hasil:</b> RR: 13x/i, terpasang NRM 15 L 2. Monitor bunyi napas tambahan <b>Hasil:</b> tidak terdapat bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <b>Hasil:</b> tidak terdapat pengeluaran sputum <b>Terapeutik</b> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas <b>Hasil:</b> terpasang <i>neck collar</i> , posisi supinasi. Klien tidak dianjurkan untuk banyak bergerak 2. Berikan oksigen <b>Hasil:</b> Terpasang NRM 15 L	S : keluarga klien mengatakan klien tidak mengalami sesak O : Rr: 10x/i, terpasang NRM 15 L A : pola napas tidak efektif belum teratasi P : Modifikasi Intervensi	
11	3	08:30 08:33 08:35	<b>Dukungan Perawatan Diri</b> (SIKI PPNI, 2017) <b>Observasi</b> 1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan <b>Hasil:</b> klien membutuhkan bantuan dalam perawatan diri 2. Monitor kebersihan tubuh <b>Hasil:</b> kulit tubuh nampak bersih 3. Monitor integritas kulit <b>Hasil:</b> integritas kulit baik	S : keluarga klien mengatakan rutin memandikan klien pagi dan sore O : Kulit tubuh nampak bersih, keluarga nampak mampu mempertahankan kebersihan tubuh klien A : masalah defisit perawatan diri teratasi	



		08:40	<b>Terapeutik</b> Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan <b>Hasil:</b> membantu keluarga klien memandikan klien	P : lanjutkan intervensi <b>Dukungan Perawatan Diri</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan 2. Monitor kebersihan tubuh 3. Monitor integritas kulit <b>Terapeutik</b> Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan 2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien	
		08:45	<b>Edukasi</b> 1. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan <b>Hasil:</b>		
		08:47	2. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien <b>Hasil:</b> Keluarga mampu memandikan klien menggunakan waslap		
12	2	08:50	<b>Perawatan Sirkulasi (SIKI PPNI, 2017)</b> <b>Observasi</b> 1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu,)	S : Keluarga klien mengatakan suhu badan klien naik O : akral teraba hangat, CRT 3 detik, suhu 38,6°C, GCS :E2, M1, E:2 (5) A : Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
		08:53	<b>Hasil:</b> Nadi:89x/i, CRT:3 detik, suhu: 38,6°C 2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas 3. <b>Hasil:</b> tubuh teraba hangat, tidak terdapat bengkak pada ekstremitas		
		08:55	<b>Terapeutik</b> 1. Lakukan pencegahan infeksi <b>Hasil:</b> Melakukan ganti verband, dan mengangkat drainase 2. Lakukan hidrasi <b>Hasil:</b> Terpasang RL 500 ml 20x/i		

		09:00	<b>3.</b> Berikan terapi nonfarmakologi (terapi audio <i>Murottall</i> Al-Qur'an) <b>HASIL :</b> di mendengarkan audio <i>Murottall</i> Ar-Rahman selama 15 menit		
13	4	09:05  09:10  09:13	<b>Pencegahan Infeksi</b> (SIKI PPNI, 2017) <b>Observasi</b> Monitor tanda dan gejala infeksi lokal sistemik <b>Hasil:</b> hipertermia S:38.6°C, kulit sekitar luka teraba hangat. Melakukan ganti verban dan up drainase <b>Terapeutik</b> 1. Batasi jumlah pengunjung <b>Hasil:</b> keluarga yang menjaga hanya 1 orang 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <b>Hasil:</b> mencuci tangan sebelum dan setelah kontak degan pasien dan lingkungan pasien <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi <b>Hasil:</b> menjelaskan kepada akeluarga tanda-tanda infeksi yaitu adnaya inflamasi, hipertermia 2. Ajarkan keluarga cara mencuci tangan dengan benar <b>Hasil:</b> keluarga mampu melakukan cara mencuci tangan dengan benar menggunakan handsanitizer	S : Keluarga klien mengatakan demam klien tidak turun sejak kemarin O : tubuh teraba hangat, suhu 38.6°C, kulit sekita luka teraba hangat A : risiko infeksi belum teratasi P : l Modifikasi intervensi	

			<p><b>Manajemen Hipertermia</b> (SIKI PPNI, 2017)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor penyebab hipertermia <b>Hasil:</b> Risiko Infeksi pada post craniactomi, defisit cairan 650 ml</li> <li>2. Monitor suhu tubuh <b>Hasil:</b> 38.6°C, tubuh terasa hangat</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b> Basahi permukaan tubuh (kompres hangat) <b>Hasil:</b> Keluarga klien melakukan kompres air hangat pada kedua aksila dan os frontal</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian parasetamol <b>Hasil:</b> memberikan parasetamol 200 ml ( 1000 mg Parasetamol) intravena 40x/i</p>	<p>S : Keluarga klien mengatakan demam klien belum turun sejak kemarin</p> <p>O : Suhu 38.7°C, tubuh terasa hangat</p> <p>A : Hipertermia belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p><b>Manajemen Hipertermia</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor penyebab hipertermia</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b> Basahi permukaan tubuh (kompres hangat)</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian cairan intravena</li> <li>2. Kolaborasi pemberian parasetamol</li> </ol>	
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Analisis Kasus**

Dari wawancara yang dilakukan ke salasatu keluarga klien, keluarga klien mengatakan klien mengalami kecelakaan ditabrak mobil. Trauma yang paling banyak terjadi pada saat kecelakaan lalu lintas adalah trauma kepala. Trauma kepala akibat kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab utama disabilitas dan mortalitas di negara berkembang. Keadaan ini umumnya terjadi pada pengemudi motor tanpa helm atau memakai helm yang tidak tepat dan yang tidak memenuhi standar. (Depkes RI, 2015).

##### **1. Pengkajian**

Berdasarkan hasil Pengkajian pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang kasus ini didiagnosis cedera kepala berat. Cedera kepala diklasifikasikan berdasarkan nilai Glasgow Coma Scale (GCS). Nilai GCS sama atau kurang dari 8 didefenisikan sebagai cedera kepala berat, cedera kepala sedang memiliki nilai GCS 9-13, dan cedera kepala ringan dengan nilai GCS 14-15 (AANS, 2020).

Pada pasien dengan Cedera Kepala biasanya didapatkan keluhan utama yang berbeda-beda, seperti penurunan kesadaran, perdarahan di otak, hilangnya memori sesaat, sakit kepala, mual dan muntah, gangguan pendengaran, oedema pulmonal, kejang, infeksi, tanda herniasi otak, hemiparise, gegar otak, fraktur tengkorak (Andra Saferi Wijaya & Yessie Mariza Putri, 2013).

Pasien bernama Tn. S dengan diagnosa medis Trauma Kapitis Berat dengan *Post Op Craniotomy TCB* keluhan utama dari kasus Tn. S adalah penurunan kesadaran dengan nilai GCS 7 E:2, M:3, V:2 hal ini didukung dari hasil wawancara keluarga pasien yang mengatakan bahwa sejak 2 hari setelah operasi pasien belum juga sadar. Sesuai teori mengatakan pada trauma kepala berat ( GCS  $>8$  ) Terjadi hilangnya kesadaran yang berkepanjangan atau yang disebut koma. Penurunan kesadaran dapat hingga beberapa bulan. Pasien tidak mampu mengikuti, bahkan perintah sederhana, karena gangguan penurunan kesadaran.(Nasution, 2015).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau risiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan pasien yang ada pada tanggung jawabnya. Diagnosa keperawatan yang kami dapatkan setelah melakukan pengkajian dan menganalisa data didapatkan empat diagnosa keperawatan yang aktual, potensial ataupun resiko berdasarkan prioritas masalah keperawatan. Diagnosa keperawatan yang kami dapatkan pada Tn”S” yaitu :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neorologis akibat cedera kepala.

Diagnosa ini ditegakkan karena didukung oleh data-data antara lain pasien mengalami sesak nafas dengan penafasan pasien 24x/I, akral

dingin, dan pasien mendapatkan oksigen tambahan 15 L/I (NRM). Hal ini sesuai dengan pendapat Rendy M. Clevo (2012) yaitu pada pasien dengan cedera kepala akan mengalami gangguan pada pernafasan.

- b. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala.

Menurut SDKI PPNI 2017 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial didefinisikan sebagai gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial yang disebabkan karena edema serebral akibat cedera kepala. Diagnosa ini ditegakkan karena didukung oleh data-data antara lain pasien sebelumnya mengalami kecelakaan ditabrak mobil, pasien mengalami penurunan kesadaran, kesadaran pasien delirium, adanya trauma pada kepala pasien, pemeriksaan pupil anisokor kiri 2 mm kanan 4 mm, tanda-tanda vital meliputi tekanan darah 118/70 mmHg, nadi 110x/i, pernafasan 38x/i, suhu 37,5°C. Hal ini sesuai dengan tanda dan gejala yang terjadi pada pasien yang mengalami cedera kepala yang berupa penurunan tingkat kesadaran,, komplikasi pernafasan, peningkatan frekuensi napas, nadi dan tekanan darah (Widagdo Wahyu, dkk, 2008).

- c. Defisit perawatan diri berhubungan Kelemahan

Pada keadaan sakit tertentu kemampuan untuk merawat diri berkurang sehingga perlu bantuan untuk melakukan perawatan diri. Pemenuhan



kebersihan diperlukan untuk kenyamanan individu, keamanan, dan kesehatan.

d. Risiko Infeksi berhubungan dengan prosedur infasif

Diagnosa ini diangkat dikarenakan pada Tn. "S" terpasang verband bekas operasi pada kepala dan kondisi sekitar luka terlihat kotor yang beresiko terjadinya infeksi pada luka.

**B. Analisis Intervensi**

Pada tahap intervensi ditetapkan tujuan dan kriteria hasil yang akan dicapai selama melakukan asuhan keperawatan. Intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dari hasil pengkajian keperawatan pada Tn."S "dengan trauma kepala berat. Perencanaan tindakan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi masalah keperawatan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral akibat cedera kepala yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gelisah menurun dan nilai GCS meningkat dengan kriteria hasil GCS 8. Berdasarkan tujuan tersebut, penulis membuat rencana tindakan yaitu perawatan sirkulasi dengan Observasi: Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu,), Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas sedangkan trapeutiknya adalah dengan melakukan pencegahan infeksi dan melakukan hidrasi. Pada kasus ini beberapa intervensi tidak dapat dilakukan karena kondisi pasien dalam keadaan semi koma.



### C. Intervensi Stimulasi *Murottall* Al-Qur'an

Batang otak menggunakan masukan auditorik untuk keadaan terjaga dan bangun dan nucleus genikuatum medialis thalamus untuk menyortir serta menyalurkan sinyal ke korteks terutama temporalis kiri dan kanan karena serat-serat saraf auditorik bersilangan secara parsial di batang otak, karena itu gangguan di jalur pendengaran di satu sisi setelah batang otak sama sekali tidak mempengaruhi pendengaran di kedua telinga. Korteks pendengaran primer (lobus temporalis) akan mempersepsikan suara-suara deskret, sementara korteks pendengaran yang lebih tinggi mengintegrasikan berbagai suara menjadi pola yang koheren dan berarti. (Sherwood, 2011). Mekanisme ini memungkinkan stimulasi sensori mencapai batang otak dan korteks untuk diaktivasi meskipun batang otak dan korteks mengalami cedera dan kerusakan atau dengan klinis terjadinya penurunan kesadaran. Dengan kata lain pasien yang mengalami defisit neurologi khususnya Stroke Hemoragik sangat memungkinkan untuk diberikan stimulasi sensori khususnya stimulasi auditori (pendengaran).

Beberapa intervensi yang telah dilakukan selain implementasi utama adalah dengan stimulasi *Murottall* Al-qur'an. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Zuhriana K. Yusuf dan Asriyanto Rahman pada 10 pasien cedera kepala berat menunjukkan terdapat peningkatan nilai *Glasgow Coma Scale* antara sebelum dan setelah pemberian stimulasi Al-Qur'an. Terapi stimulasi *Murottall* Al-Qur'an di perdengarkan kepada keluarga dan klien setiap hari dengan durasi 15-20 menit. Sebuah Studi Ilmiah yang dilakukan oleh Dr

Ahmed Al-Qadhi di Klinik Besar Florida, Amerika Serikat membuktikan bahwa perubahan fisiologis terjadi pada sistem saraf otak dari sampel pasien yang mendengarkan pembacaan Al-Qur'an ketika sedang dipantau oleh sistem yang sangat canggih di klinik yang terletak di Panama City, Florida. (Nugraheni, dkk 2018).

Seperti disampaikan dalam firman Allah,

وَإِذَا قُرِئَ الْقُرْآنُ فَاسْتَمِعُوا لَهُ وَأَنْصِتُوا لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ (٢٠٤)

Terjemahnya:

*“Apabila dibacakan Al-Quran, perhatikanlah dan diamlah, maka kalian akan mendapatkan rahmat.”* (QS. al-A'raf: 204).

Menurut tafsir Ibnu Katsir (2004) Allah menyebutkan bahwa Al-Qur'an itu merupakan bukti yang nyata petunjuk dan rahmat bagi umat manusia, Allah pun memerintahkan supaya diam ketika dibacakan Al-Qur'an. Sebagai suatu penanggungan dan penghormatan kepadanya, tidak seperti apa yang dilakukan oleh orang-orang kafir dari kaum Quraisy dalam ucapan mereka.

Ayat tersebut memaparkan manfaat dari mendengarkan ayat Al-Qur'an yaitu sekiranya seseorang diam dan mendengarkan dengan baik saat lantunan ayat suci Al-Qur'an diperdengarkan karena terdapat rahmat dari mendengarkannya salah satunya yaitu memperoleh ketenangan.

Hari pertama Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada diagnosa Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial, hasil evaluasi yang dihasilkan pada Tn.” S” yaitu subyektif keluarga pasien mengatakan sudah tidak menarik

tangannya dan sudah tidak gelisah data objektif akral teraba hangat, TD : 120/73 mmHg, nadi : 88x/menit, RR : 25 x/menit, suhu : 36° C dan GCS : E2V2M3(7) . Masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial pasien belum teratasi, planning lanjutkan intervensi. Perawatan Sirkulasi, Observasi: Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu,), Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas. Terapeutik: Lakukan pencegahan infeksi Lakukan hidrasi, Berikan terapi nonfarmakologi (terapi stimulasi *Murottall* Al-Qur'an). Hasil implementasi untuk hari pertama menunjukan respon yang baik yang ditunjukkan dengan penurunan suhu klien dari 37.5°C menjadi 36.°C dan respon klien terlihat lebih tenang. Hasil ini sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Kahel (2010) Al Qur'anul karim memiliki pengaruh yang luar biasa terhadap tubuh, terutama pada sistem imunitas atau kekebalan tubuh ( Hamid M dan Marini, 2020).

Hasil evaluasi akhir pada pasien Tn."S" didapatkan penurunan kesadaran dengan nilai GCS, E:2, M:1, V:2 (5), data subjektif : keluarga klien mengatakan suhu badan klien naik, akral teraba hangat, CRT 3 detik, suhu 38,6°C, GCS :E2, M1, V:2 (5) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi, modifikasi intervensi : Perawatan Sirkulasi, manajemen hipertensi.

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Hudak & Gallo 2002 (dalam Yusuf, 2019:45), mengatakan bahwa cedera kepala sedang memiliki prognosis lebih baik dari pada cedera kepala berat. Hal ini dikuatkan oleh penelitian yang dilakukan oleh Abdul 2006, mengemukakan hasil

penelitiannya dimana pada cedera kepala berat lebih sering mengalami hipoksia sistemik yang akan memperburuk prognosa, karena pada cedera kepala dengan gangguan fungsi otak dimana O<sub>2</sub> kurang dari 2,5 cc per 100 gram otak permenit akan mulai terjadi gangguan mental dan umumnya bila kurang dari 2 cc per 100 gram otak permenit dapat mengakibatkan koma pada pasien sehingga pada cedera kepala berat membutuhkan waktu yang lebih lama dalam peningkatan kesadaran/nilai GCS (Yusuf, 2019).

Selain teori-teori modern, jauh sebelumnya sekitar 14 abad yang lalu Islam sudah menjelaskan tentang sehat. Sesuai dengan sunnah Nabi inilah maka umat Islam diajarkan untuk senantiasa mensyukuri nikmat kesehatan yang diberikan oleh Allah swt. Bahkan bisa dikatakan kesehatan adalah nikmat Allah SWT. yang terbesar yang harus diterima manusia dengan rasa syukur. Bentuk syukur terhadap nikmat Allah karena telah di berinikmat kesehatan adalah senantiasa menjaga kesehatan. Firman Allah dalam QS.Yunus: 57

يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ (٥٧)

Terjemahnya :

*“Hai manusia, sesungguhnya telah datang kepadamu pelajaran dari Tuhanmu dan penyembuh bagi penyakit-penyakit (yang berada) dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang-orang yang beriman”.*(QS.Yunus: 57).

Menurut tafsir Ibnu Katsir (2004) Allah SWT berfirman menyebutkan karunia-Nya yang telah diberikan kepada makhluk-Nya, yaitu Al-Qur'an yang telah diturunkan-Nya kepada rasul-Nya yang mulia: yakni peringatan terhadap perbuatan-perbuatan keji. Maksudnya adalah dari kebimbangan dan

keraguan, yaitu melenyapkan kotoran dan najis yang terdapat didalam dada. Yaitu dengan mengamalkannya akan diperoleh petunjuk dan rahmat dari Allah SWT. Dan sesungguhnya hal itu hanyalah diperoleh bagi orang-orang mukmin dan orang-orang yang percaya serta meyakini apa yang terkandung dalam Al-Qur'an.

Dari penjelasan ayat diatas maka sudah sepatutnya manusia untuk bersyukur kepada Allah SWT atas segala nikmat-Nya salah satu yaitu nikmat kesehatan.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Tn. S, dengan trauma kepala berat selama 3 hari yaitu tanggal 03 Mei 2021- 06 Mei 2021 untuk penyelesaian tahap akhir dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini dapat diambil kesimpulan dimana didapatkan hasil pengkajian klien mengalami cedera kepala berat dengan keluhan utama penurunan kesadaran GCS 7. Intervensi yang diberikan yaitu perawatan sirkulasi dengan didukung intervensi stimulasi *Murottall* Al-Qur'an. Hasil evaluasi akhir pada Tn."S" didapatkan penurunan kesadaran dengan nilai GCS . Namun pada Implementasi hari pertama menunjukkan respon baik kepada pasien serta meningkatkan keadaan umum pasien. Intervensi pemberian stimulasi Al-Qur'an ini dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan bagi pemberian asuhan keperawatan pada klien yang mengalami penurunan kesadaran karena cedera kepala sedang. Namun kurang efektif dalam meningkatkan nilai Glasgow Coma Scale untuk cedera kepala dengan nilai GCS >7. Hal ini disebabkan penanganan kasus yang membutuhkan waktu yang lama dan tindakan kolaborasi dengan tenaga ahli lainnya sedangkan waktu pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.S hanya berlangsung tiga hari saja.

#### **B. Saran**

1. Saran bagi pasien



Klien dan keluarga dapat mengaplikasikannya *Murottall* Al-Qur'an ini untuk meningkatkan imandan taqwa kepada Allah dan mampu meningkatkan derajat kesehatan bagi klien. *Murottall* Al-Qur'an ini di anjurkan hanya pada pasien yang dengan gangguan kesadaran yang beragama Islam.

2. Saran bagi perawat dan tenaga kesehatan

Sosialisasi mengenai pengaturan posisi *Murottall* Al-Qur'andapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan intervensi keperawatan pada pasien dengan masalah penurunan kesadaran dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan pada klien. Hal ini diharapkan mampu meningkatkan keefektifan dalam kesembuhan klien serta memperpendek waktu rawat inap klien di rumah sakit.

3. Saran bagi penulis

Mengoptimalkan pemahaman asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah penurunan kesadaran sehingga dapat menjadi bekal pengetahuan untuk meningkatkan keilmuan tentang cedera kepala berat

4. Saran bagi dunia keperawatan

Mengembangkan intervensi inovasi sebagai tindakan mandiri perawat yang dapat diunggulkan sehingga seluruh tenaga pelayanan kesehatan ndapat mengaplikasikan *Murottall* Al-Qur'an ini dalam pemberian intervensi dalam memperbaiki *Glasgow Coma Scale*

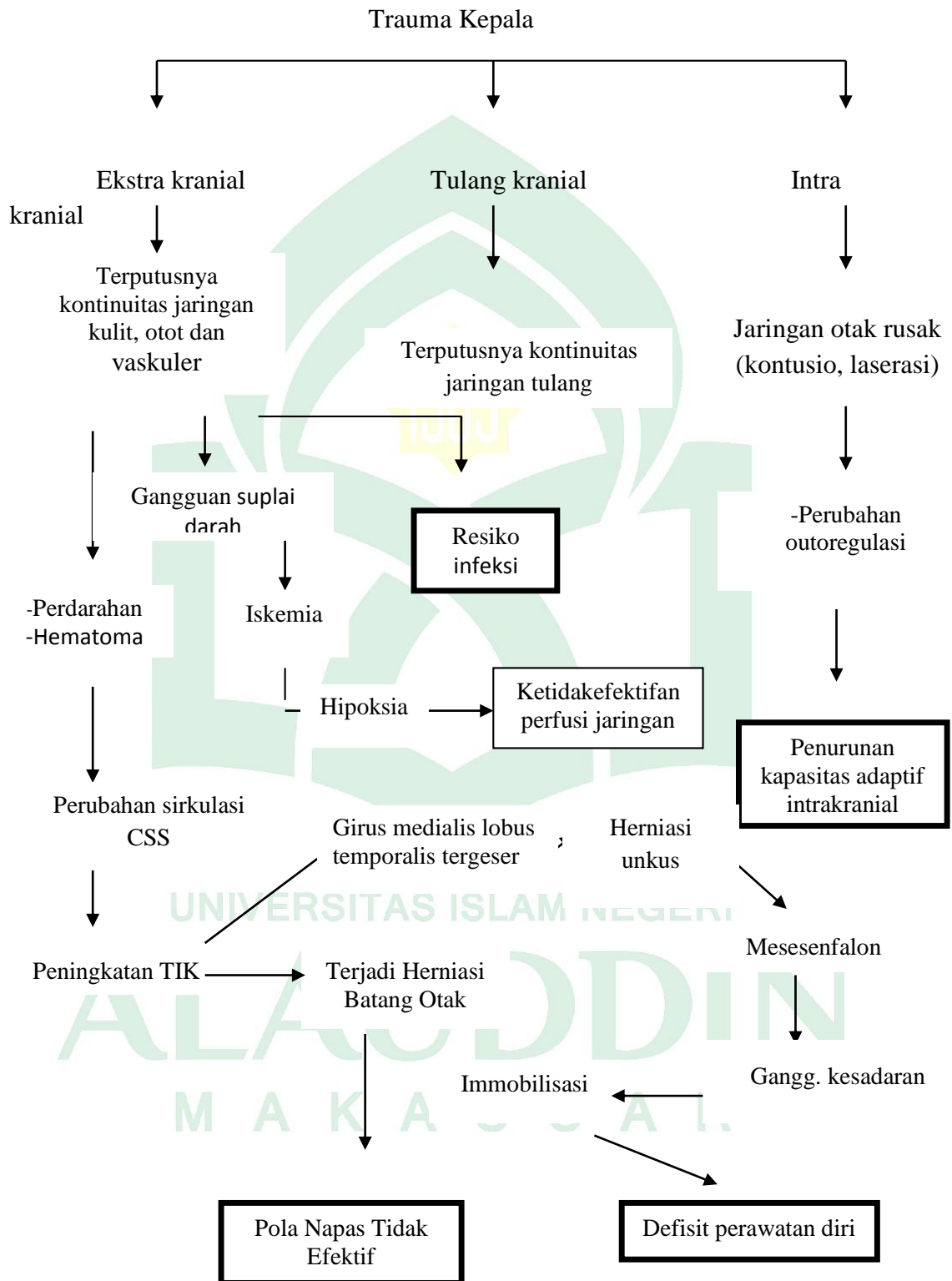


## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Quran Terjemahan. 2015. Departemen Agama RI. Bandung: CV Darus Sunnah.
- Advanced Trauma Life Support (2017) Abdominal and Pelpic Trauma: In: Advanced Trauma Life Support for Doctors ATLS Student Course Manual 8th. USA: American College of Surgeons. doi: 10.1111/j.1365-2044.1993.tb07026.x.
- Arif Muttaqin. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba Medika Jakarta.
- DepKesRI (2015), Indonesia sehat 2015. Jakarta : Departemen Kesehatan R.I
- Deswani. (2009). Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis. Jakarta: Salemba Medika.
- Haddad, S.H., & Arabi, Y.M. 2016. Critical care manajemen of severe traumatic brain injury in adults. *Scan J Trauma Resusc Emerg Med* 20 (12) :1-15.
- Hidayah, Taufik N. (2013). Pengaruh pemberian *Murottall* al-qur'an terhadap tingkat nyeri pasien post operasi fraktur ekstremitas di rumah sakit orthopedi Prof. dr. R. Soeharso Surakarta. Skripsi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Ika Sulistyawati. 2020. "Penerapan terapi *Murottall* surah Ar-Rahman Untuk Penurunan Tekanan Darah pada Pasien hipertensi di Desa Salakbrojo Wilayah Puskesmas Kedungwuni Kabupaten Pekalongan". Pekalongan. h.11.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018. Riset Kesehatan Dasar 2018, p. xlii + 628 hlm. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Manurung, N. (2018). Keperawatan Medikal Bedah Konsep, Mind Mapping dan NANDA NIC NOC. Jakarta: TIM.
- Muhammad, Abdullah Bin. *Tafsir Ibnu Katsir Jilid 3*. Pustaka Imam Syafi'i. 2004.
- Muttaqin, Arif. 2017. *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba Medika Jakarta

- Nasution, S. H. (2015). MILD HEAD INJURY. In Fakultas Kedokteran Universitas Lampung Medula (Vol. 2, Issue 4).
- National Institute of Neurological disorders and Stroke (NINDS), N. I. 2013. Brain Basics Understanding Sleep: <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/Patient-Caregiver-Education/Know-Your-Brain>. Diunduh tanggal 10 Juli 2021.
- Nugraheni, D., Mabururi, \*, Stanislaus, S., & Abstrak, I. A. (2018). *Efektivitas Membaca Al-Qur'an Untuk Menurunkan Stres Akademik Pada Siswa Kelas Xi Sma Negeri 1 Kebumen*. <http://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/INTUISI>
- Oop Ropei, Muhammad Lutfhi. 2017. "Pengaruh Terapi Psikoreligi *Murottall* Al - Qur'an Terhadap Tekanan Darah pada Klien dengan Hipertensi" dalam Jurnal Keperawatan 'Aisyiyah Volume 4.No. 1. Juni 2017
- Peterson, A. B., Xu, L., Daugherty, J., & Breiding, M. J. (2019). Surveillance Report of Traumatic Brain Injury-related Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths —United States, 2014(p. 24). p. 24. Retrieved from [www.cdc.gov/TraumaticBrainInjury](http://www.cdc.gov/TraumaticBrainInjury)
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Sherwood, Laura Iee.2011. Fisiologi Manusia. Jakarta : EGC
- Sjamsuhidajat, R dan Wim de jong. 2010.Buku ajar ilmu bedah, edisi3, jakarta :EGC.
- Wijaya, Andra Saferi dan Yessie Mariza Putri. 2013. *KMB 2 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta : Nuha Medika 91
- Yesi Hasneli, Laras Pratiwi ,Juniar Ernawaty.2015. "Pengaruh Teknik Relaksasi Benson Dan *Murottall* Al-Qur'an Terhadap Tekanan Darah Pada Penderita Hipertensi Primer". JOM Vol 2 No 2.
- Yusuf, Z. K., Rahman, A., Olahraga, F., Universitas, K., & Gorontalo, N. (2019). Pengaruh Stimulasi Al-Qur'an Terhadap Glasgow Coma Scale Pasien Dengan Penurunan Kesadaran di Ruang ICU. In *Jambura Nurisng Journal* (Vol. 1, Issue 1). <http://ejurnal.ung.ac.id/index.php/jnj>44

# PATHWAY



## JURNAL RUJUKAN UTAMA

**JNJ**

*Jandara Nursing Journal*

Vol. 1, No. 1, Januari 2019

ISSN: 2654-2927

### Pengaruh Stimulasi Al-Qur'an Terhadap Glasgow Coma Scale Pasien Dengan Penurunan Kesadaran di Ruang ICU

Zuhriana K. Yusuf, Asriyanto Rahman

Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Negeri Gorontalo

E-mail: munu.fikung@ung.ac.id

#### ABSTRAK

Pasien dengan penurunan kesadaran masih tinggi angka kejadiannya. Salah satu terapi untuk menangani pasien dengan penurunan kesadaran adalah dengan pemberian stimulasi Al-Qur'an. Tujuan penelitian mengetahui pengaruh stimulasi Al-Qur'an terhadap Glasgow Coma Scale pasien dengan penurunan kesadaran di ruang Intensive Care Unit (ICU). Jenis penelitian Pre Experiment dengan one group pre-post test design. Populasi adalah pasien dengan penurunan kesadaran sebanyak 14 pasien. Sampel berjumlah 10 pasien dengan teknik non probability sampling jenis accidental sampling. Data dikumpul melalui observasi, pengukuran Glasgow Coma Scale sebelum dan sesudah intervensi. Dianalisis dengan uji T berpasangan. Hasil penelitian menunjukkan terdapat peningkatan nilai Glasgow Coma Scale antara sebelum dan setelah pemberian stimulasi Al-Qur'an dengan hasil uji komputersasi T Berpasangan didapatkan nilai P value = 0,003 yang lebih kecil dari  $\alpha = 0,05$ . Kesimpulan dari penelitian ini terdapat pengaruh stimulasi Al-Qur'an terhadap Glasgow Coma Scale pasien dengan penurunan kesadaran di ruang Intensive Care Unit (ICU).

Kata kunci: Stimulasi Al-Qur'an, Glasgow Coma Scale, Kesadaran

#### ABSTRACT

Patients with decreased awareness still have a high incidence. One of the therapies to restore patients with decreased awareness is to provide Qur'anic stimulation. The aim of the study was to determine the effect of Qur'anic stimulation on GCS patients in ICU. Type of research is pre experiment with one group pre-post test design. The sample amounted to 10 patients with accidental sampling. The results showed an increase in GCS value (p-value 0.003 < alpha 0.05). The conclusion of this study is there is an influence of Qur'anic stimulation on GCS patient in ICU.

Keywords: Qur'anic stimulation, GCS, awareness

#### PENDAHULUAN

Intensive Care Unit (ICU) merupakan suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri dengan staf khusus dan perlengkapan yang khusus. Pasien yang layak dirawat di ruang ini yaitu pasien yang memerlukan intervensi medis segera, pemantauan kontinyu serta pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi oleh tim intensive care. Hal tersebut dilakukan supaya pasien terhindar dari dekompensasi fisiologis serta dapat dilakukan pengawasan yang konstan, terus menerus dan pemberian terapi titrasi dengan tepat (Kemenkes RI, 2012).

Menurut Patient and Family Support Committee of the Society of Critical Care Medicine (2002) dalam Berger & Pichard (2012) bahwa permasalahan umum yang sering terjadi pada pasien kritis yang dirawat di ruang rawat intensif antara lain gangguan neurologis, perdarahan, ketidakstabilan hemodinamik dan cairan elektrolit, syok, gagal napas akut dan kronik, infeksi nosokomial, gagal ginjal, nyeri dada, sepsis serta Multiple Organ Dysfunction Syndrome (MODS). Diperkirakan bahwa sekitar 13 sampai dengan 20 juta orang pertahun membutuhkan dukungan kehidupan di unit perawatan intensif di

## RIWAYAT HIDUP



**Bahuddin** adalah anak kelima dari tujuh bersaudara. Lahir dari buah cinta dan kasih sayang antara Ayahanda **H. Abd Rahman Dg. Nai** dengan Ibunda **Hj. Mantang Dg. Jime** Lahir di Pulau Langkoitang 05 Februari 1994 asal Kepulauan Pangkep Sulawesi Selatan, tepatnya di Pulau Langkoitang, Desa Balo-Baloang Kecamatan Liukang Tangaya, Kabupaten Pangkep. Telah menempuh pendidikan di SD Negeri 11 Liukang Tangaya pada tahun 2002, kemudian melanjutkan pendidikannya di SMP Negeri 1 Liukang Tangaya pada tahun 2008 dan selanjutnya SMA Negeri 1 Liukang Tangaya pada tahun 2011. Pada tahun 2014 peneliti lulus SNMPTN pada jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu

kesehatan, Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar (UIN), Program Strata Satu (S1). Menyelesaikan studi Sarjana keperawatan (S1) pada tahun 2019 dengan judul penelitian “Studi Eksplorasi Hubungan Penyakit Kronis dengan Kualitas Hidup Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa”. Melanjutkan pendidikan Profesi Ners di kampus yang sama pada tahun 2020.

Syukur Alhamdulillah berkat pertolongan Allah SWT, perjuangan keras dan disertai iringan doa dari kedua orang tua, keluarga serta rekan-rekan yang dapat membantu penulis hingga dapat menyelesaikan pendidikan profesi ners dan berhasil menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “**Intervensi Stimulasi Murottal Al-Qur’an pada Pasien Cedera Kepala Berat dengan Penurunan Kesadaran di RSUD Labuang Baji Makassar**”. Penulis tidak begitu banyak aktif di organisasi, pada masa SMA penulis bergabung di OSIS. Saat di perguruan tinggi penulis bergabung di Himpunan Mahasiswa Jurusan (HMJ) Keperawatan UIN Alauddin Makassar sebagai anggota Divisi Advokasi dan Humas periode 2015-2016. Selanjutnya bergabung di organda HIMALAYAH sebagai anggota dan pernah mengikuti basic training HMI Komisariat Kesehatan Cabang gowa Raya.

ALAUDDIN  
MAKASSAR